

información para la INSCRIPCIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS

DOMICILIO C.P.

LOCALIDAD PAÍS NIF / CIF

TELÉFONOS CORREO ELECTRONICO

SOLICITO el ALTA como SOCIA/O de la **Asociación Daño Cerebral Invisible** desde la fecha indicada, comprometiéndome a abonar las cuotas y aceptando los términos que se reflejan en los Estatutos de la Asociación.

TIPO DE SOCIO

- Afectado Causa del Daño Cerebral
- Familiar Amigo/a, simpatizante

CUOTA

- 30 € anual (importe mínimo) 35 € anual 40 € anual
- Cuota libremensual, trimestral, anual (rodea con un círculo)

A TRAVÉS DE:

- Domiciliación

Nº Cuenta de banco

Titular de la cuenta

- Transferencia a Cuenta bancaria en CAIXABANK de ASOCIACIÓN DAÑO CEREBRAL INVISIBLE, ES48 2100 2905 5102 0005 4144.

En, a de..... de

Firmado:

(Nombre completo y firma)

Es necesario aportar fotocopia legible de su DNI con esta documentación