

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE FAMILIARES Y AFECTADOS POR SINDROME DE KABUKI

SOLICITUD DE SOCIO COLABORADOR

DATOS DE LA PERSONA CON SINDROME KABUKI

Nombre y apellidos:

DATOS DEL FAMILIAR / AMIGO /CONOCIDO

Nombre y apellidos:

DNI:

Domicilio:	Avenida/Calle/Plaza:	Número/Bloque/Portal/Piso/Puerta
------------	----------------------	----------------------------------

Municipio:	Código Postal:	Provincia:
------------	----------------	------------

Teléfono:	Correo electrónico:
-----------	---------------------

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa

CIF:

Domicilio:	Avenida/Calle/Plaza:	Número/Bloque/Portal/Piso/Puerta
------------	----------------------	----------------------------------

Municipio:	Código Postal:	Provincia:
------------	----------------	------------

Teléfono:	Correo electrónico:
-----------	---------------------

AEFA-KABUKI Inscrita en el Registro Nacional de Asociaciones con el Nº 613975

Quiero aportar a la Asociación Española de Familiares y Afectados por Síndrome de Kabuki (AEFA-KABUKI) la cantidad de Euros (mínimo 10€).

Forma de pago:

Anual Trimestral (Enero, Abril, Julio, Octubre) Mensual Puntual

Nuestra c/c: **ES34 2100 2101 8602 0042 6852**

Firma:

En, a dede

Imprescindible firmar y enviar a AEFA-Kabuki por e-mail o correo postal

El hecho de facilitarnos sus datos personales implica que acepta que los mismos pasen a formar parte de nuestro fichero con la única finalidad de atender al cumplimiento de los fines previstos