

AEFA-KABUKI inscrita en el Registro Nacional de Asociaciones con el nº 613975

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE FAMILIARES Y AFECTADOS POR SINDROME DE KABUKI		
SOLICITUD DE SOCIO ORDINARIO		
DATOS DE LA PERSONA CON SINDROME KABUKI		
Nombre y apellidos:		
DNI:	Fecha Nacimiento:	
DATOS DE LA MADRE / TUTORA*		
Nombre y apellidos:		
DNI:	Teléfono:	Correo electrónico:
DATOS DEL PADRE / TUTOR*		
Nombre y apellidos:		
DNI:	Teléfono:	Correo electrónico:
DOMICILIO FAMILIAR		
Avenida / Calle / Plaza:		Número /Bloque/Portal/Piso/Puerta:
Municipio:	Código Postal:	Provincia:

*En caso de familias monoparentales completad sólo lo que proceda.

- Quiero que me incluyan en el grupo de Whatsapp de AEFA-Kabuki, para recibir información sobre eventos y noticias relacionadas con la misma:
 - Si → Teléfonos(máximo 2):
 - NO

- Quiero que me incluyan en el grupo correo electrónico de AEFA-Kabuki, para recibir información sobre eventos y noticias relacionadas con la misma:
 - Si → correos electrónicos(máximo 2):
 - NO

Forma de pago de las cuotas de socio:

- Domiciliación bancaria: completad la hoja siguiente
- Transferencia bancaria: Titular de la cuenta: AEFA-KABUKI
 Nº de cuenta: **ES34 2100 2101 8602 0042 6852**
 Periodicidad de pago: Anual Mensual

Firmado:

En, a dede

