

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 aportar a la Asociación Española de Familiares y Afectados por Síndrome de Kabuki (AEFA-KABUKI) la cantidad de Euros (mínimo 120€ al año por familia).

Forma de pago:

Anual

Trimestral (Enero, Abril, Julio, Octubre)

Mensual

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