

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

<b>ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE FAMILIARES Y AFECTADOS POR SINDROME DE KABUKI</b>			
<b>SOLICITUD DE SOCIO ORDINARIO</b>			
<b>DATOS DE LA PERSONA CON SINDROME KABUKI (Si procede)</b>			
Nombre y apellidos:			
DNI:		Fecha Nacimiento:	
<b>DATOS DEL SOCIO COLABORADOR</b>			
Nombre y apellidos:			
DNI:			
Domicilio:	Avenida/Calle/Plaza:		Número/Bloque/Portal/Piso/Puerta
Municipio:		Código Postal:	Provincia:
Teléfono:		Correo electrónico:	
<b>DATOS DE LA EMPRESA</b>			
Nombre de la Empresa			
CIF:			
Domicilio:	Avenida/Calle/Plaza:		Número/Bloque/Portal/Piso/Puerta
Municipio:		Código Postal:	Provincia:
Teléfono:		Correo electrónico:	

- Quiero aportar a la Asociación Española de Familiares y Afectados por Síndrome de Kabuki (AEFA-KABUKI) la cantidad de ....., Euros.
- Doy mi autorización a 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:**

- 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  Puntual (único)

**Firmado:**

En ....., a ..... de .....de .....

