

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE FAMILIARES Y AFECTADOS POR SINDROME DE KABUKI			
SOLICITUD DE SOCIO			
DATOS DE LA PERSONA CON SINDROME KABUKI (Si procede)			
Nombre y apellidos:			
DNI:		Fecha Nacimiento:	
DATOS DEL SOCIO			
Nombre y apellidos:			
DNI:			
Domicilio:	Avenida/Calle/Plaza:	Número/Bloque/Portal/Piso/Puerta	
Municipio:	Código Postal:	Provincia:	
Teléfono:	Correo electrónico:		
APORTACIÓN SEGÚN TIPO DE SOCIO			
<ul style="list-style-type: none"> • Socio ordinario: 10€/mes (o cantidad superior) • Socio colaborador: cantidad inferior a 10€/mes o a 120€/año 			

- 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

- Doy mi autorización a 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

Forma de pago:

- Transferencia bancaria a:
 Titular de la cuenta: AEFA-KABUKI
 Nº de cuenta: **ES34 2100 2101 8602 0042 6852**
 Periodicidad: Anual Semestral Trimestral Mensual Puntual (único)
- Domiciliación bancaria: Contactaremos con usted por email o teléfono

Firmado:

En, a dede