

ASOCIACIÓN "SÍNDROME KABUKI ESPAÑA"

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:

Relación con la persona con Síndrome kabuki

DATOS DEL SOCIO (SI ES EMPRESA)

Nombre de la Empresa

CIF:

Domicilio:

Avenida/Calle/Plaza:

Número/Bloque/Portal/Piso/Puerta

Municipio:

Código Postal:

Provincia:

Teléfono:

Correo electrónico:

APORTACIÓN (CUOTA) PARA SER SOCIO: 10€/mes o cantidad superior

- Doy mi autorización a que me incluyan en el grupo correo electrónico de KABUKI ES, para recibir información sobre eventos y noticias relacionadas con la misma:
 - Si NO
- Doy mi autorización a que me incluyan en el grupo de whatsapp de KABUKI ES, para recibir información sobre eventos y noticias relacionadas con la misma:
 - Si NO

Forma de pago:

Transferencia bancaria

Periodicidad: Anual Semestral Trimestral Mensual

Titular de la cuenta: KABUKI ES Nº de cuenta: ES34 2100 2101 8602 0042 6852

Domiciliación bancaria: Contactaremos con usted por email o teléfono

En, a dede

Firmado: