

Ficha de inscripción SOCIO COLABORADOR

NOMBRE

APELLIDOS

D.N.I.

TELEFONO DE CONTACTO

Muy Sres. Míos,

Ruego que, hasta nuevo aviso, con cargo a mi cuenta

De la entidad bancaria.

Se hagan efectivos los recibos que a mi nombre presente la
ASOCIACIÓN SÍNDROME DE DOWN A-DOWN,
Por el importe arriba indicado

COPIA ENTIDAD BANCARIA

FECHA

DIRECCIÓN

CUOTA CON LA QUE DESEA COLABORAR

Semestral

Anual

IMPORTE EN CIFRA

marque el modo elegido.

FIRMA