



SOLICITUD DE ALTA DE SOCIO AMIGO

A rellenar por la asociación

N ° DE SOCIO:

FECHA DE ALTA:

DATOS PERSONALES

Nombre	Primer apellido	Segundo apellido
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NIF/NIE:	Fecha de nacimiento	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

DATOS DE CONTACTO

Dirección	Núm.	Esc.	Piso	Letra
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código Postal	Población	Provincia		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Teléfono fijo	Teléfono móvil	Correo electrónico		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

TIPO DE SOCIO

ASOCIADO AMIGO

Donativo anual 30 €

Marcando la casilla anterior, da su conformidad expresa a que se proceda a efectuar un cargo anual en concepto de donativo en la cuenta reseñada en este documento por parte de la asociación Trastorno del Espectro Autista Mesa de Ocaña, siendo el primer donativo abonado en el momento de presentación de este documento y cargándose los donativos siguientes con una periodicidad anual durante el mes de ENERO de cada año.

DATOS BANCARIOS

IBAN	ENTIDAD	OFICINA	D.C.	NÚMERO DE CUENTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

El solicitante, padre, madre o tutor , a de de
 Firma