



ASP A D E S
L A L A G U N A

Apdo. Correos 9
13.500. Puertollano

FICHA DE SOCIO

Nombre Apellidos.....

NIF: Domicilio

Localidad Código Postal Tfn.:.....

Teléfono Móvil E-mail

¿Es familiar cuidador de algún discapacitado intelectual? Si No

¿Es familiar NO cuidador? Si No

Grado de parentesco con discapacitado intelectual

Nombre y apellidos del discapacitado intelectual

Observaciones

DATOS PARA DOMICILIACIÓN BANCARIA

Titular de la cuenta:

Domicilio:..... Localidad Teléfono.....

Cuota mensual: 1,20 € 3,61 € Otra (indicar):

Banco o caja: Localidad:

| Entidad | Ofina | DC | Número de cuenta |
|---------|-------|----|------------------|
|---------|-------|----|------------------|

Autorizo a la Asociación ASPADES – LA LAGUNA a cargar en mi cuenta la cuota mensual señalada con periodicidad semestral.

En, a de de

Fdo.: