

FORMULARIO DE ALTA DE SOCIO/A

"Cree en ellas y serán capaces de todo"



INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI / ID		FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO / PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL
	TELF	PAÍS	EMAIL
¿CÓMO NOS HA CONOCIDO?			

TIPO DE CUOTA

MENSUAL	X	ANUAL	X
(COMIDA SEMANA 1 PERS) 10 €		(MEDICAMENTOS 1 PERS) 50 €	
(TRANSPORTE 1 PERS) 30 €		(CONEXIÓN A INTERNET) 100 €	
(RESIDENCIA 1 PERS) 100 €		(UNIVERSIDAD 1 PERS) 700 €	
OTRA CANTIDAD:		OTRA CANTIDAD:	

FIRMA
En _____, a ___ de ___ de _____

FORMA DE PAGO	X
DOMICILIACIÓN BANCARIA * recomendada	
TRANSFERENCIA PERIÓDICA	
OTRA FORMA	
NOMBRE Y APELLIDOS	DNI
NÚMERO IBAN	

FIRMA DEL TITULAR DE LA CUENTA
En _____, a ___ de ___ de _____

Según lo exigido por la Ley de Servicios de Pago 16/2009, AUTORIZO a CREER EN ELLAS a girar en el número de cuenta indicado, desde la fecha de la presente y con carácter indefinido, los recibos correspondientes a las cuotas de socio/a de la asociación.

* Rellenar este formulario y enviar por mail a creerenellas@gmail.com