

SOLICITUD DE SOCIO

Nº SOCIO:

DATOS DEL SOCIO			
<i>Apellidos y Nombre:</i>			
<i>DNI:</i>			
<i>Dirección:</i>			
<i>Población:</i>	<i>C. Postal:</i>		<i>Provincia:</i>
<i>Teléfono:</i>	<i>Fax:</i>		

DATOS DEL HIJO/A O TUTELADO/A CON DISCAPACIDAD PSÍQUICA	
<i>Nombre del chico/a:</i>	
<i>Tipo de Deficiencia:</i>	
<i>Tanto % de Minusvalía:</i>	
<i>Fecha de Nacimiento:</i>	

CUOTA MENSUAL	
<i>Cantidad:</i>	10 €
<i>Aportación Voluntaria:</i>	€

DATOS BANCARIOS			
<i>Nombre Caja o Banco:</i>			
<i>Dirección:</i>			
<i>Localidad:</i>	<i>C. Postal:</i>	<i>Provincia:</i>	
<i>Nombre del Titular de la cuenta:</i>			
<i>Dirección:</i>			
<i>Localidad:</i>	<i>C. Postal:</i>	<i>Provincia:</i>	

Señor Director de Banco o Caja: _____

Oficina C/ _____

C. Postal _____ Localidad _____ Provincia _____

Muy Señor mío:

Por la presente autorizo hasta nuevo aviso que se sirvan adeudar en la cuenta que más abajo les detallamos, los recibos que con periodicidad MENSUAL emita la Asociación NIÑOS CON AMOR a nombre del Socio

Entidad	Oficina	D.C.	Nº Cuenta

Fecha ____ / ____ / _____

FIRMA TITULAR CUENTA