



SOLICITUD DE INGRESO COMO SOCIO-AMIGO EN AFAPADE

Asociación de familiares y amigos de personas con autismo y otros trastornos del desarrollo de la Región de Murcia

Nombre y apellidos _____

D.N.I. _____

Domicilio _____

C.P. _____ **Provincia** _____

Profesión _____

Teléfonos PP _____

Cuota mensual: _____ **Euros.**

Cuota Trimestral: _____ **Euros.**

Cuota Semestral: _____ **Euros.**

DOMICILIACIÓN BANCARIA

Banco/Caja: _____

ENTIDAD / OFICINA / DC / N° DE CUENTA

Dirección _____

C.P. _____ **Provincia** _____

Ruego a ustedes que con cargo a mi cuenta corriente en esta entidad, se sirvan abonar los recibos que les presente la Asociación AFAPADE, por la suma de:

_____ **Euros/mes.**

_____ **Euros/trimestre.**

_____ **Euros/semestre.**

_____ **Euros/año.**

_____ **de** _____ **de 200** ____.

Firma,

Nombre y apellidos _____

DNI _____

Domicilio _____

C.P. _____ **Provincia** _____

Cuota anual: _____ **Euros.**