



FICHA DE SOCIO

FECHAS DE ASOCIACIÓN:..... Nº DE SOCIO:.....
NOMBRE Y APELLIDOS:.....
DIRECCIÓN:.....
LOCALIDAD:..... CP:.....
DNI nº:..... EDAD:..... E-MAIL:.....
TELÉFONO:.....

Modalidad de colaboración:

- Cuota de asociación a ADISVATI:
 anual, de 10€
 semestral, de 5€
 otras...
- Cuota de colaboración/donativo deeuros.

Entidades colaboradoras con ADISVATI:

LA CAIXA: 2100 6110 84 0200010445

¿QUE MOTIVACIÓN LE HA LLEVADO A ASOCIARSE A ADISVATI?

TENGO UN FAMILAR DISCAPACITADO:

Nombre y parentesco:.....Edad:.....

PROFESIONAL/SIMPATIZANTE/COLABORADOR:

(especificar):.....
.....

DOMICILIACIÓN BANCARIA

Banco o caja:.....
CCC:...../...../...../.....