



Asociación de Padres  
de Niños Sordos  
Salamanca

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

D/Dña.: .....con DNI:  
..... como padre / madre/ tutor  
de.....

tras haber sido informado sobre las condiciones y servicios de esta Entidad

### SOLICITO:

Mi incorporación como SOCIO/A en la Asociación de Padres de Niños Sordos de Salamanca (ASPAS-SALAMANCA), comprometiéndome a satisfacer la **CUOTA ANUAL DE 50 €**, mediante:

ingreso en cuenta Bancaria de la Asociación ASPAS-SALAMANCA

UNICAJA BANCO ES49 2103 2206 7900 3580 4341

ingreso en metálico en la Asociación ASPAS-SALAMANCA

Fecha de Alta: .....

Firma:.....