



Asociación de Padres
de Niños Sordos
Salamanca

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN SOCIO-COLABORADOR

Apellidos:

Nombre:

DNI:

Nacido el: / /

Profesión:

Domicilio:

Ciudad:

Provincia:

Teléfono:

Relación con las personas sordas:

Padre/madre/tutor:

Familiar:

Afectado:

Otras:

SELECCIONE EL MÉTODO DE PAGO:

Transferencia Bancaria: **UNICAJA: ES49 2103 2206 7900 3580 4341**

Ruego abonen con cargo a mi cuenta, hasta nueva orden, los recibos que presentará ASPAS-Salamanca, por importe de:

_____ € mensuales.

_____ € trimestrales.

_____ € anuales.

Titular de la cuenta:

Dirección del Banco:

Cuenta:

ENTIDAD / OFICINA / DC / Nº CUENTA

Firma:

Fecha: