

FORMULARIO PARA ASOCIARSE A ACACI

ASOCIACIÓN CIUDADANA AFECTADOS DE CISTITIS INTERSTICIAL / SÍNDROME DE DOLOR VESICAL

DATOS A RELLENAR POR ACACI

Nº de socia/o

Fecha de alta.....

DATOS A RELLENAR POR EL SOCIO

Si se hace socio abonado, debe adjuntar una foto tamaño carné para poder enviarle su carné de socio.

Nombre:

Apellidos:

DNI o NIF: Fecha de nacimiento:

Dirección:

CP:..... Población:.....

Provincia:..... País:.....

Teléfono:..... Teléfono móvil:

E-mail..... Diagnóstico: SI NO

Autoriza a dar sus datos a otras socias: SI NO (tf. y correo electrónico)

Diagnóstico:.....

Año en el que le diagnosticaron:

Observaciones:

SI DESEA RECIBIR MÁS INFORMACION Y PODER PARTICIPAR EN GRUPOS, REUNIONES Y ACTIVIDADES ORGANIZADAS POR ESTA ENTIDAD:

Marque con una x siguiente opción:

Deseo hacerme socio abonado de ACACI (cuota anual 40 €)

Marque con una x la forma de pago:

Ingresaré yo mismo/a la cuota anual en la siguiente cuenta corriente de ACACI:

LA CAIXA - ES22 2100 0821 4702 0067 4951

(Cuando efectúe el ingreso indique su nombre y apellidos)

Por domiciliación bancaria

En caso de haber escogido la opción “por domiciliación bancaria”, debe facilitarnos sus datos bancarios:

Titular:

Nombre de la entidad bancaria:

IBAN: ES..... Nº Entidad oficina:D.C.:N. Cta.:.....

Cuota que desea pagar (marque con un x una de las dos siguientes opciones):

40 € anuales (con esta cuota además recibirá un carnet como socio abonado)

Por favor envíe una foto de carnet adjunta a este formulario para enviar el carné de socio

Otra cuota en concepto de donativo, escriba la cantidad en la siguiente casilla:

€

Firma y fecha:

