

Hoja de solicitud de asociación

NOMBRE _____

APELLIDOS _____

DNI / NIE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

E-MAIL _____

TELÉFONO MÓVIL _____ TELÉFONO FIJO _____

DIRECCIÓN _____

POBLACIÓN _____ CÓDIGO POSTAL _____

PROVINCIA _____ PAÍS _____

PROFESIÓN _____

CÓMO NOS HAS CONOCIDO _____

HOSPITAL _____

FECHA DE OPERACIÓN _____

Cuota:**Semestral:** 36€ 40€ 50€ Otra cantidad _____**Anual:** 72€ 80€ 100€ Otra cantidad _____

Nota: cuota mínima establecida en 6€ al mes.

ADEUDO SEPA:**SEDE:****Fecha y firma:**
