

DATOS DEL ASOCIADO

Nombre y apellidos:

NIF:

Teléfonos:

Domicilio:

Nº:

Piso:

CP:

Población:

Provincia:

C.Autónoma:

Email:

Fecha de nacimiento:

FIRMA DEL ASOCIADO:

FIRMA DEL TITULAR CUENTA:

Deseo asociarme * en la Asociación Síndrome de Noonan Asturias como:

- SOCIO AFECTADO SOCIO AMIGO SOCIO COLABORADOR

*Fui informado de la cuota de asociado, y se me informará de cualquier cambio en la misma, pudiendo consultarla en todo momento a través del mail o de la página web.

PAGO DE LA CUOTA

Nombre y apellidos (del titular de la cuenta):

NIF (del titular):

Código IBAN cuenta bancaria:

Autorizo al pago de la cuota mediante recibo domiciliado desde la cuenta de titularidad de la Asociación: ES55 0081 5652 1300 0124 1529

Remitid el boletín cubierto y firmado al correo electrónico de la Asociación noonanasturias@gmail.com, o por correo postal a la dirección: C/ Pintora Concha Morí, 17 - 2ºB (33211 - Gijón/Asturias).

Nº Registro Asociaciones Principado Asturias: 11.191 -Nº Registro Asociaciones Ayuntamiento de Gijón: 1.518 -Nº Registro FEDER: 316 - Miembro de FEDERAS y COCEMFE ASTUR