

Boletín de Inscripción

Sr./a. Dº.Dª:

NIF: - Profesión:

Domicilio:

Localidad:

Provincia: Código postal:

Nombre hijo/a Síndrome Down:

Fecha nacimiento:

Cónyuge:

NIF: - Profesión:

Teléfono contacto: Móvil:

Deseo colaborar con la ASOCIACIÓN SÍNDROME DE DOWN DE SEVILLA Y PROVINCIA por lo que adjunto le envío mis datos personales.

Datos Bancarios

Sr/a. Director/a de Banco o Caja de Ahorros de

Entidad _ _ _ _

Oficina _ _ _ _

D.C. _ _

Número de cuenta _ _ _ _ _ _ _ _

D./Dª

Domicilio:

Localidad:

Provincia: Código postal:

Muy Sr./a Mío/a: Por la presente le ruego que con cargo a mi cuenta corriente antes indicada, atiendan la Cuota de Euros, que con carácter MENSUAL, TRIMESTRAL, SEMESTRAL (táchese lo que no proceda) les presente la ASOCIACIÓN SÍNDROME DE DOWN DE SEVILLA Y PROVINCIA, Atentamente.

Sevilla a.....de..... 200..

Firmado: