

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

D./D^a.: _____ con N.I.F.: _____

domiciliado/a en la calle: _____ núm: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ C.P.: _____

Tfno. Fijo: _____ Tfno. Móvil: _____ E-Mail: _____

Con un familiar enfermo que es:

Mi Marido	Mi Esposa
Mi Padre	Mi Madre
Mi Hermano/a	Otro: _____

de Nombre y Apellidos: _____ con N.I.F.: _____

Fecha Nacimiento: _____

SOLICITA:

Ser admitido como Socio en la Asociación San Rafael de Alzheimer y Otras Demencias, comprometiéndose a aceptar y cumplir sus Estatutos y a colaborar económicamente con la cuota:

Mensual: 7 € del 1 al 5 de cada mes (que se hará efectiva a primeros del mes siguiente al de la inscripción)

Trimestral: 18 € del 1 al 5 cada tres meses (que se hará efectiva a primeros del mes siguiente al de la inscripción)

Anual: 70 € en el primer trimestre del año o al inscribirse, teniendo en cuenta que esta cuota se abona por año natural

A tal fin, con esta fecha, curso orden:

al BANCO / CAJA : _____ en su Oficina núm.: _____

domiciliada en: _____ de: _____

para que, con cargo a mi cuenta núm.: _____

Iban Entidad Oficina Código Nº de Cuenta

de la que soy titular, **transfieran** la cantidad que se indica, a la cuenta corriente de CAJASUR, número **ES62 0237/0163/10/9154835765**, oficina de Avda. Aeropuerto nº 2, a nombre de la **Asociación San Rafael de Alzheimer**, en concepto de cuotas.

Córdoba a _____ de _____ de _____

Fdo.: _____

ORDEN PERMANENTE DE TRANSFERENCIA PERIÓDICA

Sr. Director del Banco / Caja : _____

Oficina núm.: _____ domiciliada en : _____

de: _____

Muy Sr. mio:

Ruego a Ud., que con cargo a mi Cuenta núm.: _____

Iban Entidad Oficina Código Nº de Cuenta

de la que soy titular, **TRANSFIERAN PERIÓDICAMENTE** la cantidad de:

Mensual: 7 € mensuales, del 1 al 5 de cada mes.

Trimestral: 18 € trimestrales, al inscribirse como socio y del 1 al 5 de los meses de:
Enero, Abril, Julio y Octubre.

Anual: 70 € en el primer trimestre del año o al inscribirse, teniendo en cuenta que
esta cuota se abona por año natural.

Otras cantidades : _____

En concepto de cuotas, a favor de la **ASOCIACIÓN SAN RAFAEL DE ALZHEIMER**, de Córdoba, para su abono en la cuenta número **ES62 0237/0163/10/9154835765** de CAJASUR, oficina de Avda. del Aeropuerto número 2, a partir de la presente fecha y hasta nueva orden por mi parte.

Córdoba a _____ de _____ de _____

Fdo.: _____