



ASSOCIACIÓ
**FAMILIARS
ALZHEIMER**
VAL·LÈS OCCIDENTAL

FITXA ALTA PERSONA ASSOCIADA

**Perquè l'Alzheimer és un problema de tothom,
posa-hi el teu granet de sorra!**

Nom: _____

Cognoms: _____

NIF: _____ Data naixement: _____

Adreça: _____

Codi postal: _____ Població: _____

Professió: _____

Telèfon fixe: _____ mòbil: _____

E-mail: _____

Nom i cognom de la persona malalta: _____

VULL FER-ME'N SOCI/A D'AFA-VO
(Persona diagnosticada o familiar)

Quota anual: 120 € (a pagar en dos rebuts: 60 € al juny i 60 € al desembre)

VULL FER-ME 'N SOCI/ O SÒCIA D'AFA-VO
COL-LABORADOR/A (No tinc cap familiar malalt)
(Tu escullis la quota, mínim 10 €)

Quota anual: _____ €

Quota trimestral: _____ €

Quota mensual: _____ €

DADES BANCÀRIES TITULAR DEL COMPTA

Nom: _____

Cognoms: _____

NIF: _____

Caixa o Banc: _____

IBAN: [E] [S] [] []

Entitat [] [] [] [] Oficina [] [] [] [] DC [] []

Núm. de compte [] [] [] [] [] [] [] []

Data: _____ Signatura: _____

Per fer una donació, feu un ingrés a "La Caixa"

Núm. Compte IBAN: ES57-2100-4547-2522-0011-0343

Les dades seran incorporades als nostres fitxers i perseverades segons la normativa vigent. Podeu demanar la cancel·lació de l'us de les mateixes a infoafavalles.com o per escrit a la seu d'AFA-VO, Casa de Cultura, carrer Castellví, 8 - 08173 de Sant Cugat del Vallès.