

FITXA ALTA SOCI-SÒCIA COL-LABOR/DORA

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'AVA-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'AVA-VO COL-LABORADOR/A (No tinc cap familiar malalt)
(Tu esculls la quota, mínim 10 €)

Quota anual: 10 €

Quota anual: 30 €

Quota anual: 20 €

Quota anual: _____ €

O mensualment vull fer una aportació de: _____ €

DADES BANCÀRIES TITULAR DEL COMPTA

Nom: _____

Cognoms: _____

NIF: _____

Caixa o Banc: _____

IBAN:

Entitat Oficina DC

Núm. de compte

Data: _____ Signatura: _____