



Cognoms.....

Nom.....

Domicili.....

Població.....C.P.....

Província.....Telèfon.....

e-mail.....

Noms i Cognoms del malalt.....

Relació amb el malalt.....

Sol·licito

Ser membre de l'Associació de Familiars d'Alzheimer de Badalona,
Sant Adrià, Sta. Coloma (AFABSS).

Contribució econòmica:

Semestral.....34€.....

Anual.....68€.....

Badalona..... de.....2019

Autoritzo a l'AFABSS per tal que carregui al compte/llibreta d'estalvi, els rebuts
corresponents al pagament de la quota de soci.

Títular del compte.....

N.I.F. del titular del compte.....

Caixa/Banc.....

IBAN

E	S		
---	---	--	--

Nº Compte

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Firma titular compte.