



1. 6320 SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE SOCIO

Apellidos: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ DNI: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Población: _____ Provincia: _____ C.P.: _____

Relación con el daño cerebral

Afectado
 TCE ACV Tumor otros _____
 Familiar Colaborador

CUOTA SUSCRIPCIÓN: **30,05,-€** (Euros) anuales

APORTACIÓN EXTRAORDINARIA: _____ € (Euros)

Fecha y Firma:

Asociación REHACER

N.I.F. G-07675051

AUTORIZACIÓN DEL COBRO BANCARIO

Titular C/Cte. o L/Ahorro: _____

Banco o caja de Ahorros: _____

IBAN:

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

Cuota: **30,05 €** (Euros). anuales
Extraordinaria _____ € (Euros)

Aportación

Y para que conste firmo la presente en Palma de Mallorca a ___ de _____ de _____.

Firma: