

INSCRIPCION NUEVO SOCIO

SOCIO Núm.:	Fecha alta:	Fecha Baja:		
Nombre:	Apellidos:			
DNI:	Fecha Nac.:			
Dirección: C/	Nº	CP:	Localidad:	
Teléfono:	Correo electrónico:			

Discapacidad: si/no:	Grado:	%
Tipo de Discapacidad: física/psíquica/sensorial:		

Socio colaborador	Empresa:
--------------------------	-----------------

DATOS PERSONALES DE PADRE, MADRE O TUTOR

Es socio: si/no:	Núm.:	Parentesco:		
Nombre:	Apellidos:			
DNI:	Fecha Nac.:			
Dirección: C/	Nº	CP.:	Localidad:	
Teléfono:	Correo electrónico:			

X PAGO CUOTA:

<input type="checkbox"/>	-En mano bajo recibo o ingreso en cuenta de la Asociación																					
<input type="checkbox"/>	-Por domiciliación bancaria																					
	Titular: Nombre:	NIF:																				
	Número de cuenta bancaria:																					
	<table border="1"><tr><td>E</td><td>S</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	E	S																			
E	S																					

X X

<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	Autorizo el alta en el grupo de WhatsApp de la Asociación, (pudiendo darme de baja en cualquier momento).
<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	Autorizo grabaciones y/o fotos de mi persona para publicarlas en redes sociales y Organismos oficiales, en eventos y actividades relacionadas con la Asociación.

En La Zarza, a de de 20 .

Fdo.:

Adjuntar a esta ficha, fotocopias del DNI y tarjeta o documento de minusvalía (en su caso).
La cuota anual de inscripción es de 20 euros el primer año y de 15 euros los años sucesivos.