



Asociación Provincial de Familiares de Personas con Trastornos del Espectro Autista de Granada
CONECTA

FORMULARIO SOCIO COLABORADOR

D/D^a _____

con D.N.I. _____, solicito a la junta directiva mi inscripción como socio colaborador de la Asociación, en solidaridad con los estatutos, y aportando los siguientes datos para que conste:

- ❖ Fecha de nacimiento:
- ❖ Dirección:
- ❖ E-mail:
- ❖ Teléfonos:
- ❖ Población y código postal:
- ❖ Provincia / País:

Donativo: _____ €, como pago: único mensual x anual

Domiciliación bancaria:

Autorizo pago de los recibos correspondientes a la **cuota de socio colaborador**, que a partir de la fecha de hoy presente al cobro esta Asociación, en la cuenta que poseo en:

Entidad: _____ Oficina: _____ D.C. _____ Número de cuenta: _____

Transferencia:

Datos bancarios de la Asociación Conecta:

	Entidad:	oficina:	D.C.	Número de cuenta:
La Caixa	2100	7944	99	0200019151

Rambla de los Álamos s/n, 18600 Motril (Granada)

Fecha:

Firma: