

ASOCIACIÓN DE ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA
REGIÓN DE MURCIA

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

D/Dña.: _____

D.N.I n°: _____

Dirección (Calle o Plaza) _____

Localidad: _____ Provincia: _____

CP: _____

Teléfono: _____

E-Mail: _____ @ _____

Profesión y Lugar de Trabajo: _____

Solicita integrarse como Socio/a: *Asociación de Anorexia Nerviosa y Bulimia*
Región de Murcia

Familiar: _____ 48 € semestrales. Colaborador: _____ € semestrales.

Entidad Bancaria _____

Nº de Cuenta (20 dígitos) _____

_____, _____ de _____ de _____

Firma

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA

Banco/ o Caja de Ahorros _____

Calle o Plaza _____ Localidad _____

Provincia _____ CP _____

Código de cuenta: (20 dígitos) _____

Titular _____

Ruego a usted que a partir de ahora y hasta nuevo aviso los recibos presentados al cobro por la Asociación de Anorexia Nerviosa y Bulimia Región de Murcia sean cargados a la cuenta que tengo en esa entidad.

Nombre y Apellidos _____

Dirección _____

_____, _____ de _____ de _____

Firma