

**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**