

# Formulario Inscripción de Socio/Socia

Gracias por querer ser socio/a de la Asociación de Enfermos de Hidrosadenitis- ASENDHI, y sumarte a las personas que trabajan por mejorar la vida de muchas personas afectadas por esta enfermedad.



**¡GRACIAS POR UNIRTE A NUESTRA FAMILIA!**

Imprime este formulario, rellénalo y envíalo al correo- e: [asendhi@asendhi.org](mailto:asendhi@asendhi.org). Si tienes dudas, escríbenos al mismo correo electrónico o llámanos al 910 25 91 62 .

Por favor, cumplimenta la siguiente información indicando tus datos y elige el tipo de aportación. **Los datos que aparecen son obligatorios.**

## Datos personales

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

NIF/NIE: \_\_\_\_\_ Correo- e: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Población: \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## Colaboración

Cuantía \*:  40 €  Otra cantidad: \_\_\_\_\_

## Forma de pago

- **Transferencia bancaria** al nº cta. IBAN ES48 2038 1182 1660 0038 1812 (Bankia). Pon tu nombre y teléfono en la transferencia y envíanos tus datos a [asendhi@asendhi.org](mailto:asendhi@asendhi.org) para incluirte en la base de datos.
- **Domiciliación Bancaria:** IBAN de la cuenta:

Mediante la firma de este formulario de Orden de domiciliación, Usted autoriza a ASENDHI a enviar órdenes a su banco para cargar su cuenta.

Firma: