



F O R M U L A R I I N S C R I P C I Ó  
 F O R M U L A R I O I N S C R I P C I Ó N



<b>Nom:</b> <i>Nombre</i>	<b>Cognoms:</b> <i>Apellidos</i>	
<b>Adreça:</b> <i>Dirección</i>	<b>Població:</b> <i>Población</i>	
<b>Telèfon:</b> <i>Teléfono</i>	<b>email:</b> <i>email</i>	<b>CP:</b> <i>CP</i>
<b>Data de naixement:</b> <i>Fecha de nacimiento</i>	<b>NIF:</b> <i>NIF</i>	<b>Professió:</b> <i>Profesión</i>

Desitjo fer-me soci/sòcia de l'Associació Malalts d'Escoliosi - ASMADES - amb una quota anual de 40 €  
 Quiero hacerme socio/socia de la Associació Malalts d'Escoliosi - ASMADES - con una cuota anual de 40 €

<b>Vull col·laborar amb una donació de</b> _____ € <i>Quiero colaborar con una donación de</i>	<b>Data</b> <i>Fecha</i>	<b>Signatura</b> <i>Firma</i>
---	-----------------------------	----------------------------------

Domiciliació de rebuts en Banc o Caixa  
*Domiciliación de recibos en Banco o Caja*

<b>Banc – Caixa</b> <i>Banco – Caja</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Agència – Sucursal</b> <i>Agencia – Sucursal</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Control</b> <i>Control</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Compte llibreta núm.</b> <i>Cuenta libreta núm.</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---	---	---	--

<b>Titular:</b> <i>Titular</i>	<b>Data:</b> <i>Fecha</i>	<b>Signatura del titular del compte o llibreta</b> <i>Firma del titular de la cuenta o libreta</i>
-----------------------------------	------------------------------	---



# ASMADES

ASSOCIACIÓ MALALTS D'ESCOLIOSI

Nàpols, 133–137, 2n. 1a  
 08013 Barcelona  
 Tel: 932451253