



Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_  
DNI: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_ F. Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Población: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
Ataxia  Si  No Tipo: \_\_\_\_\_  
Cuota: \_\_\_\_\_ €  Mensual  Semestral  Anual

## Persona de contacto

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_  
DNI: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

## Domiciliación bancaria

Para domiciliar su cuota como socio de Adiscatx, rellene los siguientes datos:

Nombre entidad: \_\_\_\_\_ Sucursal: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Número de cuenta: \_\_\_\_\_  
Titular/es de cuenta: \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma