



BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

Asociación ELA Extremadura
 C/Manuel Saavedra Martínez, 2
 06006 – Badajoz
 G06/722003

Fecha Solicitud:				
Nombre:			Apellidos:	
D.N.I.:		Domicilio:		
Localidad:			C.P.-Provincia	
Teléfono:			Email:	

Modalidad I: AFECTADO ELA:

Teléfono:		Email:	
Fecha Nacimiento:			
Fecha diagnóstico:		Fecha primeros síntomas:	
Hospital de referencia:			
Cuota Asociación: <i>Elija una opción</i>	Mensual x 10 €		
	Trimestral x 30 €		
	Anual x 120 €		

FOTO

Nos la puede
 enviar y la
 añadimos
 nosotros.

Modalidad II: Familiar, Amigo, Benefactor:

Cuota Asociación: <i>Elija una opción</i>	Mensual	€
	Trimestral	€
	Anual	€

La forma de pago será por transferencia desde tu entidad bancaria a la de la asociación ELA-EXTREMADURA o bien mediante ingreso en caja. La cuenta de nuestra asociación es en Liberbank (antes Caja Extremadura):

ES32 2048 1116 2434 0004 5636

En _____, a ____ de _____ de 20__

Firmado por el Asociado,