



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 €			FOTO Nos la puede enviar y la añadimos nosotros.
	Trimestral x 30 €			
	Anual x 120 €			

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 UNICAJA BANCO (antes Liberbank):

ES32 2048 1116 2434 0004 5636

En _____, a _____ de _____ de 20____

Firmado por el Asociado,