



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 Caja Rural Almendralejo.

ES98 3001 0042 9542 2001 4995

En _____, a _____ de _____ de 20____

Firmado por el Asociado,