



BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

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

Fecha solicitud:		
Nombre:	Apellidos:	
DNI:	Domicilio:	
Localidad:	C.P. - Provincia:	
Teléfono:	Email:	

MODALIDAD I: Afectado ELA:

Teléfono:	Email:	
Fecha nacimiento:	Fecha de diagnóstico:	
Fecha de primeros síntomas:		
Hospital de referencia:		
Couta Asociación: <i>Elija una opción</i>	Mensual x10€	
	Trimestral x30€	
	Anual x 120€	

MODALIDAD II: Familiar, amigo, benefactor:

Couta 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.

ES51 0049 5247 8021 1696 3539

En _____, a _____ de _____ de 20 ____

Firmado por el Asociado,
