



## 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:		
Cuota Asociación: <i>Elija una opción</i>	Mensual x10€	
	Trimestral x30€	
	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 Banco Santander.

**ES51 0049 5247 8021 1696 3539**

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

*Firmado por el Asociado,*

\_\_\_\_\_