



FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN COMO SOCIO

Sra. Presidenta de la Asociación de Padres de Niños Prematuros:

D/D.ª _____ con NIF _____

D/D.ª _____ con NIF _____

con domicilio en C/. _____

Población _____ C. P. _____ Provincia _____

y con Teléfonos _____

y Correo Electrónico _____ (*)

declara(n) ser padre/madre(s) de un/a niño/a prematuro/a y solicita(n) ser admitido/a(s) como socio/a(s) numerario/a(s) de la Asociación de Padres de Niños Prematuros cuyos fines y Estatutos declara(n) conocer y aceptar.

OTROS DATOS			
Año de nacimiento del/de los niño/s		Semanas de gestación	
Observaciones			

DATOS DOMICILIACIÓN BANCARIA				
Cuota anual que desea aportar (cuota mínima: 40 euros/año/familia)				
Titular de la cuenta				
Banco o Caja				
Domicilio				
Población				
IBAN	Entidad	Oficina	D.C.	N.º de cuenta

INFORMACIÓN Y PUBLICIDAD DE APREM (Marque con una cruz (x) lo que proceda) (*)				
¿Desea recibir información y publicidad de APREM?	SÍ		NO	
En caso afirmativo:				
¿Por correo postal?	SÍ		NO	
¿Por correo electrónico?	SÍ		NO	
Observaciones				

(*) Si usted ha aceptado recibir información y publicidad de APREM se la haremos llegar por los medios por usted autorizados. Puede solicitar la baja de estos envíos enviando un escrito o correo electrónico a las direcciones indicadas abajo.

En _____ a _____ de _____ de 20____
(Firma)



DOMICILIACIÓN BANCARIA (Para el Banco o Caja)

Estimado Sr. Director:

Por la presente autorizo a la "Asociación de Padres de Niños Prematuros" (APREM), registrada en el Registro Nacional de Asociaciones del Ministerio del Interior con el nº 165.600 y con CIF nº 82.731.282, a que pase con cargo a la cuenta abajo indicada, de la que soy titular, el recibo por el importe que especifico.

Este cargo será de periodicidad (MARQUE CON UNA CRUZ (X) LO QUE PROCEDA):

<input type="checkbox"/>	ANUAL (enero)	<input type="checkbox"/>	SEMESTRAL (enero y julio)
--------------------------	---------------	--------------------------	---------------------------

IMPORTE DE CADA CARGO (en número y letra): _____

DATOS DOMICILIACIÓN BANCARIA				
Cuota anual que desea aportar (cuota mínima: 40 euros/año/familia)				
Titular de la cuenta (Nombre y Apellidos)				
Banco o Caja				
Domicilio				
Población				
IBAN	Entidad	Oficina	D.C.	Nº de cuenta

Agradeciéndole de antemano su colaboración, reciba un cordial saludo.

Firma del titular de la cuenta