SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN COMO SOCIO/A

NOMBRE _____

APELLIDOS _____

DNI/NIF _____

Fecha de Nacimiento _____

Teléfono/s de contacto_____

Correo electrónico _____

Domicilio _____

Población _____C.P._____Provincia _____

¿Eres afectado/a? SI ( ) NO ( )

En caso afirmativo, comuníquenos Hospital de Referencia _____

Elija la cuota que desea:

MENSUAL

( ) 1 0 €

ANUAL

( ) 120 € ( ) Otra cantidad: _____€

**Si lo desea puede domiciliar la cuota, cumplimentando los siguientes datos:*

ORDEN DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

Nombre y apellidos del titular de la cuenta: _____

DNI/NIF del titular de la cuenta: _____

Número de cuenta/IBAN: ES_____

***ORDEN SEPA**

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y en la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera. Tipo de pago. Recurrente.

Por la presente y reuniendo los requisitos establecidos por esta Asociación, SOLICITO el ALTA como SOCIO/A de la Asociación BENAL-ELA a partir de la fecha abajo indicada, comprometiéndome a abonar las cuotas arriba detalladas y aceptando su adeudo en la cuenta bancaria expuesta anteriormente por parte de la Asociación hasta nuevo aviso.

En _____, a _____de _____de _____

Firmado: _____

(Nombre, apellidos y firma)