

Hoja de inscripción de colaborador de la Asociación Síndrome de ReNU

Indique la aportación que desea hacer

..... € trimestrales

..... € semestrales

..... € anuales

..... € aportación única

Nombre:

Apellidos:

Razón social: CIF/NIF:

Dirección:

CP: Población:

Teléfono: E mail:

Datos bancarios:

Titulares:

Banco:

IBAN (24 dígitos):

Autorización:

Ruego abonen con cargo a mi cuenta los recibos a nombre de la Asociación Síndrome de ReNU correspondientes a mi aportación.

Fecha:

Firma:

SEPA CORE Direct Debit Mandate