

## **DESEO SER SOCIO/A DE ASOPARA (Asociación de Parkinson Araba)**

(Rellenar los siguientes conceptos, recortar y enviar a la dirección de ASOPARA esta solapa)

Nombre y apellidos: .....

Número de D.N.I.: ..... Fecha de nacimiento: .....

Domicilio: .....

Población: ..... Código postal: .....

Provincia: ..... Teléfono: ..... Email: .....

*Pertenezco al siguiente colectivo (Marcar con una cruz lo que corresponda)*

Afectad@ de Parkinson    Familiar de afectad@ de Parkinson    Otros (Especificar) .....

*Deseo asociarme como (Marcar con una cruz lo que corresponda)*

Socio afectado (50€/año)    Socio no afectado (Desde 6€/año). Mi cuota será de: .....€

Adjuntar justificante de pago al nº de cuenta de **Laboral Kutxa 3035 0222 17 2221037241** o facilitar los siguientes datos:

### **Datos bancarios para la domiciliación de la cuenta anual de socio**

Nombre y dos apellidos del titular de cuenta: .....

D.N.I. del titular de la cuenta: .....

Número de cuenta (20 dígitos): .....

....., a..... de ..... de 20..... (Firma del titular de la cartilla)