|  |
| --- |
| HOJA DE INSCRIPCIÓN |
| NºORDEN (a rellenar por la entidad) |  | FECHA |  |
| NOMBRE Y APELLIDOS |  |
| DOMICILIO |  |
| POBLACIÓN |  | PROVINCIA |  | CÓDIGO POSTAL |  |
| DNI/NIF |  | TELÉFONO |  | TELÉFONO 2 |  |

|  |
| --- |
| **SOLICITA** ser dado de alta como **SOCIO** |
| DE PLENO DERECHO |  | COLABORADOR |  |

\*seleccionar una de las dos opciones

Para lo cual colaboraré con una aportación anual inicial de 120 Euros, que me será cargada en dos semestres de 60 € cada uno, en la cuenta bancaria cuya domiciliación adjunto.

En Valencia a de de 20

Firmado:

DNI:

|  |
| --- |
| DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD |
| NOMBRE Y APELLIDOS |   |
| DNI/NIF |  | LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO |  |  |
| TIPO DE MINUSVALÍA |  |
| ÚLTIMO DIAGNÓSTICO |  |

|  |
| --- |
| SITUACIÓN EDUCATIVA-OCUPACIONAL ACTUAL |
| CENTRO |  |
| ENTIDAD |  |
| CENTRO DE DÍA |  | CENTRO OCUPACIONAL |  | RESIDENCIA |  | OTROS |  |
| LOCALIDAD |  |
| ACTIVIDADES QUE REALIZA EN EL CENTRO |  |
| PAGA ALGUNA CUOTA |  |
| RECIBE ALGUNA AYUDA O PENSIÓN |  |

|  |
| --- |
| OBSERVACIONES DE INTERÉS |
|  |

|  |
| --- |
| DATOS BANCARIOS DEL SOCIO/A |
| NOMBRE Y APELLIDOS |  |
| NIF |  |
| ENTIDAD | OFICINA | DC | Nº CUENTA/LIBRETA |
|  |  |  |  |
| ENTIDAD |  |
| DOMICILIO SUCURSAL |  |
| CIUDAD |  |
| TITULAR |  |

.............................................................................................................................................

(Cortar por la línea de puntos para entregar en la sucursal bancaria)

|  |  |
| --- | --- |
| SR. DIRECTOR DE LA SUCURSAL |  |
| BANCO O CAJA |  |
| DIRECCIÓN |  |

Estimado Sr/a:

Ruego que con cargo a mi cuenta/Libreta Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domiciliada en su oficina, abonen los recibos correspondientes de FEVADIS. Federación Valenciana de Discapacitados Psíquicos.

Atentamente:

Fdo:

NIF:

Domicilio: