



Asociación de Padres de  
Autistas de Toledo  
C/ Arroyo Cantaelgallo, 2  
45007 - Toledo

## FICHA DE SOCIO BENEFACTOR - CUOTA ANUAL

Con el presente escrito solicito colaborar como Socio Benefactor con la Asociación de Padres de Autistas de Toledo (APAT), y deseo contribuir abonando de forma anual la cuota reflejada en este escrito.

Nombre y Apellidos:

Dirección:  Número:  Piso:

Población:  Provincia:  Código Postal:

NIF:  Teléfono:  Email:

Deseo colaborar con APAT con una cuota anual de:  Euros

## DATOS BANCARIOS

Titular de la cuenta:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Entidad

Oficina

DC

Número de Cuenta

Firma y Fecha

--