



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

FICHA DE SOCIO BENEFACTOR - CUOTA MENSUAL

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 mensual 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 mensual 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

--