

FICHA DE SOCIO BENEFACTOR

Con el presente escrito solicito colaborar como Socio Benefactor con la Asociación de Personas con Autismo de Toledo (APAT), y deseo contribuir de forma mensual/anual (subraya para elegir) la cuota reflejada en este escrito.

Nombre y Apellidos: _____

Dirección: _____ Código Postal: _____

Población: _____ Provincia: _____

NIF: _____ Teléfono: _____ Email: _____

Deseo colaborar con una cuota MENSUAL/ANUAL de: _____ euros.

DATOS BANCARIOS

Titular de la Cuenta	
----------------------	--

--	--	--	--	--

IBAN

Entidad

Oficina

DC

Número de
cuenta

FIRMA Y FECHA