

SOLICITUD DE ALTA COMO ASOCIADO DE A.F.A TOLEDO



Apellidos: _____

Nombre: _____

Domicilio: _____

Población: _____ Provincia: _____ C.P.: _____

D.N.I.: _____ Teléfonos: _____ eMail: _____

¿Es usted familiar de enfermo/a de Alzheimer? Sí No

¿Es su familiar enfermo beneficiario de asistencia por parte de A.F.A. Toledo?

En el Centro de Día: Sí No En su propio domicilio: Sí No

Si ha respondido afirmativamente la pregunta anterior, por favor indique nombre y apellidos del enfermo y parentesco del enfermo con Vd.

_____/

Le informamos que Vd. puede realizar la aportación que desee, a partir de un mínimo de **6,00 €** mensuales.

Por favor, indique el importe y la forma de pago elegida para el abono de las cuotas como asociado de A.F.A. Toledo.

Aportación **mensual**. Importe: **6,00 €** Otro importe (indicar cantidad): €.

Aportación **trimestral**. Importe: **18,00 €** Otro importe (indicar cantidad): €.

Aportación **semestral**. Importe: **36,00 €** Otro importe (indicar cantidad): €.

Aportación **anual**. Importe: **72,00 €** Otro importe (indicar cantidad): €.

Datos bancarios para el cobro de las cuotas.

Nombre y apellidos del titular de la cuenta

N.I.F del titular de la cuenta: _____ Caja o Banco: _____

Cuenta Corriente o Libreta nº: _____/_____/_____/_____

Fecha solicitud: ____/____/_____

Firma del solicitante:
