



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Solicitante		
	Apellidos:	
	Nombre:	NIF:
	Domicilio:	
	Población:	
	Teléfono:	
	Email:	
Conyuge		
	Apellidos:	
	Nombre:	NIF:
	Domicilio:	
	Población:	
	Teléfono:	
	Email:	
Hijo/a		
	Nombre:	NIF:
	Fecha de nacimiento:	
	Curso académico	
	ACI:	
Hijo/a		
	Nombre:	NIF:
	Fecha de nacimiento:	
	Curso académico	
	ACI:	
Hijo/a		
	Nombre:	NIF:
	Fecha de nacimiento:	
	Curso académico	
	ACI:	

DOMICILIACIÓN BANCARIA

Titular/Autorizado de la cuenta:																			
Banco/Caja																			
Domicilio en :																			
IBAN				Entidad				Sucursal				D.C.		Cuenta					

El/la abajo firmante solicita ser admitido/a como Socio/a Ordinario/a en ASOCIACIÓN AMIGOS DEL RIÑÓN comprometiéndome a cumplir las normas de admisión de socios/as y al pago de las cuotas vigentes en la asociación.

En _____ a __de _____ de 20__

Firmado: