

INSCRIPCIÓN DE SOCIO

Nombre y Apellidos del familiar.....
Dirección.....
Población.....C.P.
Teléfono.....
Fecha Nacimiento.....
D.N.I.

Nombre y Apellidos del enfermo.....
Parentesco con el enfermo.....

Deseo ser socio de AFAGI con la cuota de 40 euros año

Fecha:..... de de

Firma:.....

(Este compromiso quedará anulado en el momento en el que el titular de la cuenta lo solicite)

Cargar en cuenta

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entidad				Sucursal				Control	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número de la cuenta									