

Sr./Sra. .... D.N.I. ....  
 Domicilio ..... N° ..... Piso ..... C.P. ....  
 Localidad ..... Teléfono .....

Quiero hacerme socio/a de ALBA (Asociación de mujeres afectadas de cáncer de mama de Menorca) y manifestar que acepto la cuota de:

- 20 €/año colaboradora/or  
 40 €/año (socias/os afectadas/os)  ..... €/año colaboradora/or

Sr./Sra. .... D.N.I. ....  
 Domicilio ..... N° ..... Piso ..... C.P. ....  
 Localidad ..... Teléfono .....

Sr. Director, le pido que cargue a mi cuenta corriente / libreta de ahorros:

Nombre de la entidad: .....

Fecha .....

IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Firma
-------

Acepto los recibos de cobro anual que presentará ALBA

(Asociación de mujeres afectadas de cáncer de mama de Menorca), domiciliada en C/ Sant Josep, 5, 07702 Maó.