Alzheimer España

FORMULARIO INSCRIPCIÓN

DATOS PERSONALES:

Nombre_____

Apellidos_____

NIF_____

Dirección_____

Localidad_____Provincia_____C.P_____

Teléfonos_____e-mail_____

¿Parentesco con el enfermo de Alzheimer? (Marque con una X) ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo: Tipo de parentesco:_____

Nombre Enfermo de Alzheimer_____Edad__

TIPO DE CUOTA:

☐ **10€/ mes**

DOMICILIACIÓN BANCARIA:

Con el fin de cumplir los requisitos exigidos por nuestra entidad bancaria y la nueva normativa SEPA (Zona única de pago en Euros) que según establece el reglamento de la UE y que ha entrado en vigor a partir de febrero de 2014 es obligatorio hacer constar el código IBAN y el BIC actuales de su cuenta bancaria

Don / Doña_____Con NIF _____

AUTORIZA:

A FUNDACIÓN ALZHEIMER ESPAÑA con NIF G-80158462, a partir de la fecha y con carácter indefinido a girar los recibos correspondientes a las facturas generadas como consecuencia de las relaciones comerciales que mantenemos en la actualidad, de acuerdo a lo establecido en la Ley 16/2009 de servicio de pago.

IBAN				**Nº C/C**																	

BIC/ SWIFT:_____

Fecha_____Firma:_____

Todos los donativos /cuotas realizados a la FAE son deducibles del IRPF

Las aportaciones /donativos voluntarios pueden realizarse directamente a:

BANKIA IBAN **ES40 2038 1821 7660 0031 1273**

Por favor remita este formulario cumplimentado a FUNDACIÓN ALZHEIMER ESPAÑA

- Por correo electrónico: administracion@alzfae.org
- Por correo Postal: C/ Pedro Muguruza, 1 – 6ºC. 28036 Madrid
- Por FAX 913 595 450.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.