



Asociación Galega de Afectados
de Esclerose Lateral Amiotrófica

SOLICITUDE ALTA DE SOCIO

Tipo de socio: Afectado Non Afectado

Nome: _____

Apellidos: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono de contacto: _____

Provincia: _____

Cuota coa que desexa contribuir anualmente:

* A cuota mínima é de 12€ para non afectados e de 24€ para afectados.
Podes elixir unha cantidade superior se o desexas:

Datos bancarios: _____

¿Desexas recibir o noso boletín de novas?: _____

Asinado

a

de

de