**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN ASOCIACIÓN APROADA**

**Cumplimentar y reenviar** Correo electrónico: secretaría@aproada.com

**Importe de la cuota mensual: 60 €**

**Asociado Persona Jurídica**

|  |
| --- |
| Nombre: |
| NIF: |
| Domicilio:Código postal:Localidad:Provincia:Teléfono:Correo electrónico:Representante de la Empresa: NIF Representante de la Empresa:Correo electrónico Representante de la Empresa: |

**Asociado Persona Física**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: |  |
| Apellidos: |  |
| D.N.I.: |  |
| Fecha de nacimiento: |  |
| Correo electrónico:Domicilio:Código postal:Localidad:Provincia:Teléfono: |  |

**Orden de Domiciliación recibo**

|  |  |
| --- | --- |
| Banco o Caja de Ahorros: |  |
| Nombre del titular: |  |
| Entidad: |  |
| IBAN:Cuenta Corriente: |  |
|  |  |
| N.º de cuenta: |  |
| Domicilio de la sucursal: |  |
| Código postal: |  |
| Localidad: |  |
| Provincia: |  |
| País: |  |

Autorizo, hasta nuevo aviso, que adeuden en mi cuenta, anteriormente detallada, la cuota mensual de 60 € que como miembro de la ASOCIACION APROADA me corresponda.

Les saluda atentamente,

|  |
| --- |
|  |

 (Nombre completo y Firma)

|  |
| --- |
|  |

 (Lugar y Fecha)