



Castilla-La Mancha



Equilibrio BioPsicoSocial

### HOJA DE INSCRIPCIÓN PERSONAS ASOCIADAS

NOMBRE: ..... APELLIDOS: .....

DNI: ..... DOMICILIO: .....

MUNICIPIO: ..... PROVINCIA: .....

CÓDIGO POSTAL: ..... TELÉFONO: .....

CORREO ELECTRÓNICO: .....

### SEGUNDA PERSONA ASOCIADA (CUIDADOR/A)

NOMBRE: ..... APELLIDOS: .....

DNI: ..... DOMICILIO: .....

MUNICIPIO: ..... PROVINCIA: .....

CÓDIGO POSTAL: ..... TELÉFONO: .....

CORREO ELECTRÓNICO: .....

### PERIODICIDAD EN EL PAGO

SEMESTRAL 60 €

ANUAL 120 €

### DOMICILIACIÓN BANCARIA

Autorizo a IGUALA3, hasta nueva orden, a que cargue en mi cuenta el pago de los recibos a mi nombre

CCC IBAN: ES .....-.....-.....-.....-.....-

Nombre y Apellidos ..... N.I.F. ....

En ..... a ..... de ..... de 2019

FIRMA SOCIOS

FIRMA TITULAR DE LA CUENTA

Tlf.: 644 367 921

[igual3@igual3.org](mailto:igual3@igual3.org)