|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA DE SOLICITUD**: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE** |  | **APELLIDOS** |  | | | | |
| **DNI** |  | **HOMBRE** |  | | **MUJER** | |  |
| **DOMICILIO** |  | | | | | | |
| **C.P.** |  | **LOCALIDAD** |  | | | | |
| **E-MAIL** |  | | | **TELÉFONO** | |  | |

**DATOS ECONÓMICOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **BANCO O CAJA** |  |
| **Nº CUENTA/IBAN** |  |

**CUOTA ANUAL** *(marque con una X)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CUOTA MINIMA 2023**  *Se gira en dos plazos: 60€ enero y 60€ julio* | | **OTRA CUOTA**  *Fije la cantidad y marque si se gira uno o dos plazos* | | | | | |
| **120 €** |  | **Importe** |  | **1 GIRO** |  | **2 GIROS** |  |

**EL SOCIO O SOCIA ES:** (*marque con una X)*

|  |  |
| --- | --- |
| **PERSONA CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL O DEL DESARROLLO** |  |
| **FAMILIAR** |  |
| **COLABORADOR - COLABORADORA** |  |

He sido informado/a de que la **cuota mínima anual se girará en dos cuotas** del 50%, en enero y junio.

Tengo conocimiento que las personas usuarias que no sean socias ellas, o un familiar de primer grado, verán incrementadas sus cuotas de programas en un 50%.

Permaneceré como persona socia **hasta que notifique mi baja por teléfono o mail**.

Firmado:

*(Continúe sólo si la persona socia es familiar de una persona con discapacidad intelectual o del desarrollo)*

**DATOS DE LA PERSONA PARTICIPANTE EN PROGRAMAS:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE Y APELLIDOS** |  | | |
| **HOMBRE** |  | **MUJER** |  |
| **RELACIÓN CON LA PERSONA SOCIA** |  | **F. NACIM.** |  |
| **OBSERVACIONES** |  | | |

*A rellenar por ANFAS:*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA DE ALTA** |  | **NÚMERO** |  |