



**ASOCIACIÓN DE PADRES DE NIÑOS
Y JÓVENES CON ENFERMEDADES
REUMÁTICAS DE LA COMUNIDAD
VALENCIANA**

Nº DE SOCIO:
FECHA DE ALTA:

DATOS DEL SOCIO (PADRE/MADRE)

APELLIDOS:	NOMBRE:
FECHA DE NACIMIENTO:	DNI:
TELÉFONO:	PROFESIÓN:
APELLIDOS:	NOMBRE:
FECHA DE NACIMIENTO:	DNI:
TELÉFONO:	PROFESIÓN:
DOMICILIO: DP: LOCALIDAD: CORREO ELECTRÓNICO:	

DATOS DEL NIÑO/A:

NOMBRE Y APELLIDOS:
FECHA DE NACIMIENTO:
HOSPITAL:
MÉDICO:

DATOS BANCARIOS:

TITULAR DE LA CUENTA:			
ENTIDAD:			
OFICINA DIRECCIÓN:			
LOCALIDAD:	D.P.	PROVINCIA:	
CÓDIGO CUENTA CLIENTE (CCC)			CUOTA: 25€ SEMESTRALES (50€ ANUALES)
ENTIDAD	OFICINA	D.C.	
		Nº DE CUENTA	