



ALTA DE NOU SOCI/A

Nom:	
Cognoms:	
DNI:	Data de naixement:
Direcció:	
Població:	CP:
Telèfon:	
Email:	
Compte bancari:	
IBAN ES _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Escollir opció de pagament:	
<input type="checkbox"/> Cuota mensual: 7€	
<input type="checkbox"/> Cuota trimestral: 20€	
<input type="checkbox"/> Cuota anual: 75€	
Vull ingressar com a soci/a una aportació de : __€ _____ (mínim 7€)	
Signatura	Data:

Empleneu el formulari amb MAJÚSCULES i lletra clara, omplint TOTES les caselles

Autoritzo a l' Associació Gats la Roca a que girin els rebuts corresponents al compte bancari detallat anteriorment.

