

Formulari d'alta com a soci/a d'AFNE

Emplena aquest formulari i envia'l a Av. Diagonal 365, 1er 2a. 08037 Barcelona.

Nom i cognoms _____

NIF _____ Professi33 _____

Adreça (carrer o plaça) _____

Poblaci33 _____ Codi postal _____

Telèfons _____ Tipus de soci/a: Adoptant Col·laborador/a

E-mail _____

Si us plau, en cas de variaci33 d'alguna d'aquestes dades en el futur us preguem ens ho comuniquem el m33s aviat possible al telèfon d'AFNE o per correu electr33nic, indicats a dalt.

Indiqueu-nos amb quina quota mensual ens podeu ajudar:

12,00 euros 15,00 euros 18,00 euros 20,00 euros euros (indiqueu l'import)

A partir de 2017 (exercici fiscal 2016), els primers 150 euros de les donacions es podran desgravar un 75% a la declaraci33 de la renda.

Forma de pagament:

Mensual Trimestral Semestral Anual

Si no us voleu associar i us estimeu m33s fer una donaci33 33nica, ho podeu fer mitjançament ingress o transfer33ncia bancària al compte: ES29 2100 0826 7102 0055 5738 (CaixaBank)

Autoritzaci33 bancària

Autoritzo el pagament des d'ara i fins a nou avís, amb càrrec al meu compte, dels rebuts mensuals que siguin presentats per l'Associaci33 de Famílies de Nens i Nenes d'eti33pia (AFNE).

Banc: _____

Titular: _____

N33mero de Compte-IBAN: _____
ES

Format: ES-xx-xxxx-xxxx-xx-xxxxxxxxxx

Data _____ Signatura del titular del compte _____