

Inscripción Socio Colaborador

Nombre y Apellidos: _____

D.N.I.: _____ Profesión: _____

Domicilio: _____

C.P.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Tlf. Fijo: _____ Tlf. Móvil: _____

Correo Electrónico: _____

Modalidad de Colaboración:

TRIMESTRAL

ANUAL

Cuantía de la Colaboración: _____



En _____, a _____ de _____ de 20__

Firma:



ASOCIACIÓN COMARCAL DE PADRES – TUTORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Plaza Ricardo Molina, s/n

14500 PUENTE GENIL (Córdoba)

Tlf. y Fax: 957 60 96 75 Móvil: 665 61 82 81

direccion@disgenil.es

www.disgenil.es



EJEMPLAR PARA EL BANCO

ES [][] [][][][] [][][][] [][][][] [][][][] [][][][]

Sr. Director:

Le ruego que con cargo a mi cuenta arriba indicada, y hasta nueva orden en contra, atiendan los recibos que les presente LA ASOCIACION DE PADRES/TUTORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD “DISGENIL” a mi nombre.

Fdo.: _____

Titular de la cuenta _____ DNI _____

Domicilio del titular _____

Teléfono _____ Movil _____

EJEMPLAR PARA LA ASOCIACIÓN

ES [][] [][][][] [][][][] [][][][] [][][][] [][][][]

Sr. Director:

Le ruego que con cargo a mi cuenta arriba indicada, y hasta nueva orden en contra, atiendan los recibos que les presente LA ASOCIACION DE PADRES/TUTORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD, “DISGENIL” a mi nombre.

Fdo.: _____

Titular de la cuenta _____ DNI _____

Domicilio del titular _____

Teléfono _____ Movil _____

La misión de Disgenil es contribuir con apoyos y oportunidades a que cada persona desarrolle su proyecto de vida, teniendo en cuenta sus necesidades presentes y futuras, así como las de su familia, impregnado de un compromiso ético que haga posible una actuación acorde a los derechos adquiridos.