

Nº de Socio



## ASOCIACION ORIÓN DE TRASPLANTADOS, DONANTES Y CARDIACOS

### BOLETIN DE SUSCRIPCIÓN Y DOMICILIACION BANCARIA

Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_ DNI. nº \_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_ DNI. nº \_\_\_\_\_

Infarto	<input type="checkbox"/>	Angina	<input type="checkbox"/>	Colesterol	<input type="checkbox"/>	Tensión	<input type="checkbox"/>	Glucosa	<input type="checkbox"/>
Válvulas	<input type="checkbox"/>	Sten	<input type="checkbox"/>	Bypass	<input type="checkbox"/>	Marcapasos	<input type="checkbox"/>	Anticoagulado	<input type="checkbox"/>
Tx-Riñón	<input type="checkbox"/>	Tx-Corazón	<input type="checkbox"/>	Tx-Hígado	<input type="checkbox"/>	Tx-Pulmón	<input type="checkbox"/>	Tx-Médula	<input type="checkbox"/>
Enf. Renal	<input type="checkbox"/>	Enf. Cardiaca	<input type="checkbox"/>	Enf. Hígado	<input type="checkbox"/>	Enf. Pulmonar	<input type="checkbox"/>	Tx-Córnea	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Donante	<input type="checkbox"/>	Gota	<input type="checkbox"/>	Minusvalía	<input type="checkbox"/>

Calle, Avda, Plaza \_\_\_\_\_ Nº Portal \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_

Dirección Electronica \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Deseo hacerme

  

Socio

Colaborador

Con una cuota anual de Euros:

20     30     40     50     100     200     €

Sr. Director del Banco / Caja \_\_\_\_\_ ruego abone **anualmente** con cargo a mi cuenta corriente en esa, la cantidad de \_\_\_\_\_ Euros.

Nº de \_\_\_\_\_ Cuenta

Y a su ingreso en la cuenta de la Asociación de Trasplantados, Donantes y Cardiacos \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_

orionalgeciras@hotmail.es

Firma:

Fdo: \_\_\_\_\_