



## FORMULARIO DE SOLICITUD CARNÉ DE ASOCIADO

### ASOCIACIÓN LANTANA.

<b>NOMBRE Y APELLIDOS:</b>		
<b>DNI:</b>	<b>*Nº ASOCIADO:</b>	<b>*VIGENCIA: DE</b> ___/___/___ <b>HASTA</b> ___/___/___
<b>DOMICILIO:</b>		
<b>POBLACIÓN:</b>		
<b>CÓDIGO POSTAL:</b>		
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>	<b>EDAD:</b>	
<b>Nº CUENTA BANCO:</b>	<b>CUOTA:</b> _____ €	
<b>ES</b> _ _ _ _ _	<small>*La firma de este formulario autoriza a la Asociación Lantana a domiciliar el pago de la cuota anteriormente señalada de forma anual. (Mínimo 5€ anuales).</small>	
<b>ASOCIADO CON DISCAPACIDAD</b>	<b>TIPO DE DISCAPACIDAD:</b>  <b>PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD:</b>	
<b>ASOCIADO SIN DISCAPACIDAD</b>	<b>VÍNCULO O PARENTESCO ENTRE EL ASOCIADO CON DISCAPACIDAD Y USTED (Padre, madre, abuelo, hermano, etc) O RELACIÓN QUE MANTIENE CON LA ASOCIACIÓN LANTANA:</b>	
<b>TELÉFONOS DE CONTACTO:</b> _____ / _____ / _____		
<b>E-MAIL:</b>		

Fdo.:

\*A CUMPLMENTAR POR LA ASOCIACIÓN LANTANA.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_