



## Associació Catalana Pro Alletament Matern

C/Benet Mercadé, 9-11 bxos  
08012 Barcelona

[www.acpam.es](http://www.acpam.es)  
[acpamlm@gmail.com](mailto:acpamlm@gmail.com)



**IBFAN**

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

Teléfono fijo \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

País \_\_\_\_\_ correo electrónico \_\_\_\_\_

Profesión \_\_\_\_\_

¿Quieres hacerte socio/a de ACPAM ? haz una cruz sobre la correcta  SI  NO

(Firma y fecha)

**Cuota de socio :**  30 euros anual  Otra cantidad y frecuencia: \_\_\_\_\_

Puedes hacer un ingreso o transferencia en nuestra cuenta de "La Caixa" número de cuenta

[ES45 2100 3248 4725 0006 8652](https://www.lacaixa.es/ES4521003248472500068652)

---

### Orden de pago por domiciliación bancaria:

Sr. Director de la caja/banco \_\_\_\_\_

Dirección de la sucursal. Calle \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Cuenta corriente o ahorro nº \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(letras y 2 numero) (entidad) (oficina) (control) (número de cuenta)

Nombre y apellidos del titular \_\_\_\_\_

Ruego abone, con cargo a mi cuenta, los recibos que en el futuro y hasta nueva orden le sean presentados por ACPAM

(firma)

Lugar y fecha \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_