



Associació Catalana Pro Alletament Matern

www.acpam.es www.acpam.org
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 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__