**FORMULARIO DE SOCIO PATROCINADOR**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE:** |  |
| **APELLIDOS:** |  |
| **DNI:** |  |
| **E-MAIL:** |  |
| **DOMICILIO:** |  |
| **POBLACIÓN** |  |
| **C. POSTAL:** |  |
| **PROVINCIA:** |  |

**Quiero colaborar como Socio patrocinador pagando una cuota de:**

* **30 €**
* **60 €**
* **Otra cantidad……………………………**

**La cuota será anual y la abonaré mediante ingreso en cuenta o transferencia bancaria a:**

**Asociación de Personas Sordociegas de Andalucía**

**LA CAIXA**

**Plaza de Las Monjas, 8**

**21001 Huelva**

**C.C.C.: ES44 2100 2686 7501 1064 6189**