



FORMULARIO PARA ASOCIARSE A ASPAVIT

Nombre: Apellidos:

D.N.I./N.I.F.:

Dirección:

Código Postal: Localidad:

Provincia:

Teléfono: Móvil:

Correo-electrónico:

Autorizo a la Asociación de Pacientes de Vitíligo –ASPAVIT- a que desde la fecha de la presente, y con carácter indefinido, en tanto, continúen las relaciones entre ambas partes, en cuyo caso se comunicara por escrito, a que se sirva a abonar contra la cuenta bancaria especificada en la presente autorización los recibos que, con periodicidad anual, y en concepto de cuota de asociado, por importe de 36 €, emitirá ASPAVIT, según lo exigido por la Ley 16/2009 de Servicios de Pago.

Datos bancarios:

Banco/Caja:

Domicilio de la Sucursal/Agencia:

Nº Cuenta (20 dígitos):

En , a de de 20

Firma