

SOCIO NÚMERO



## Boletín de inscripción a A.F.A. - ASTURIAS

NOMBRE ASOCIADO/A .....

DOMICILIO .....

LOCALIDAD ..... CÓDIGO POSTAL .....

PROVINCIA .....

TELF. DOMICIL. .... TELF. TRABAJO ..... FAX ..... MÓVIL .....

NIF./DNI. DEL ASOCIADO/A O ENTIDAD .....

PARENTESCO CON EL ENFERMO .....

NOMBRE DEL EMFERMO .....

NIF./DNI. ....

FECHA DE NACIMIENTO ..... ÁREA

**CUOTA MENSUAL MÍNIMA DE PARTICIPACIÓN EN A.F.A. - ASTURIAS ..... 3,01€**

SI DESEA COLABORAR CON UNA CANTIDAD MENSUAL SUPERIOR A LA INDICADA, ROGAMOS NOS LA INDIQUE

€

### DOMICILIACIÓN BANCARIA (Datos indispensables)

BANCO .....

DIRECCIÓN DEL BANCO .....

LOCALIDAD ..... CÓDIGO POSTAL .....

PROVINCIA .....

#### CÓDIGO CUENTA CLIENTE

ENTID.  OFIC.  D.C.  CTA.

Rogamos comunique a su banco que AFA-ASTURIAS pasará la cuota mensual indicada

FECHA DE CONFECCIÓN DEL BOLETÍN

CORREO ELECTRÓNICO DEL ASOCIADO




En reconocimiento a la labor desarrollada a lo largo de su trayectoria y en conmemoración del 25 Aniversario de la Constitución Española, se concede el

**GALARDÓN A LA SOLIDARIDAD UNION FENOSA**

Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias

CRUZ DE ORO DE LA ORDEN  
CIVIL DE LA SOLIDARIDAD  
SOCIAL, POR EL DESARROLLO  
DE PROYECTOS DE ATENCIÓN  
Y AYUDA DOMICILIARIA A  
PERSONAS AFECTADAS POR  
LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER



VALENCIA, 27 DE ENERO DE 2004