

Enviar al apartado de Correos nº 125, 28803 de Alcalá de Henares

**HOJA DE REGISTRO DE NUEVOS ASOCIADOS DE
LA ASOCIACIÓN DE GLAUCOMA PARA AFECTADOS Y
FAMILIARES (AGAF)**

NOMBRE: _____ N° ASOCIADO:

APELLIDOS: _____

D.N.I.: _____

SEXO:

H

M

FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____

C.P. _____ POBLACIÓN: _____

PROVINCIA: _____ PAÍS: _____

TFNO. PARTICULAR: _____

TFNO. MÓVIL: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

N° FAX: _____

TIPO DE ASOCIADO: ORDINARIO
 DE HONOR
 INSTITUCIONAL
 BENEFACTOR

TIPO DE CUOTA: INDIVIDUAL
 FAMILIAR

N° DE CUENTA (20 DÍGITOS):

EN CASO DE CUOTA FAMILIAR,
NOMBRE Y APELLIDO DE LAS
PERSONAS INDIVIDUALES QUE SE
ASOCIAN:

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____

FIRMA DEL TITULAR DE LA
CUENTA:

Fdo.: _____