

### Datos del Socio:

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Firma del Socio:

### Datos Bancarios

Titular de la cuenta: \_\_\_\_\_

Banco: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Código IBAN : ES \_\_\_\_\_

### Aportación Periódica:

Cantidad:  10 €  30 €  otro importe.....€

Periodicidad:  Mensual  Trimestral  Anual

Estimados sres: Les ruego que a partir de la presente se sirvan atender con cargo a mi cuenta, el recibo de cobro a partir de esta fecha le será presentado por Misiones Médicas España, en la cantidad y periodicidad señaladas.

Firma Titular Cuenta:

Fecha: