



EZE

Ficha de Socio

Nº Socio _____

D.N.I _____ Profesión _____
Nombre _____ Apellidos _____
Fecha nac _____ Localidad nac _____
Tlf _____ Movil _____ Mail _____

Domicilio

Domicilio _____
CP _____ Población _____ Provincia _____

Domicilio de envío por duplicado (para el caso de hijos con custodia compartida)

Domicilio de envío _____
CP _____ Población _____ Provincia _____

Celiaquia

Fue diagnosticado como E. Celiaco en (C.Hospitalario) _____
Por el Dr. _____ En la fecha _____
Actualmente esta siendo tratado en _____
Por el Dr. _____ Nº Biopsias _____

Parientes

Nombre del padre _____ Profesión _____
Nombre de la madre _____ Profesión _____
Observaciones _____

La cuota anual es de 64 euros

¿Quisiera hacer a una aportación superior?

SI: _____ €. al año

Forma Pago

Deseo que se domicilie el recibo de Cuota a través:

Banco/caja _____
ENTIDAD / OFICINA / DC

Nº Cuenta _____
20 DÍGITOS

Titular de la cta. _____

Solicito Formar Parte De La Asociación.

_____, a _____ de _____ de _____

FIRMA