



**ASOCIACION DE PADRES Y AMIGOS  
DE SORDOS DE CORDOBA  
(ASPAS-CORDOBA)  
PLAZA DE LA MAGDALENA, 3  
TFNO. 957 - 76 48 68  
FAX 957 - 43 73 82  
aspascordoba@aspascordoba.org**

## **BOLETIN DE INSCRIPCIÓN**

Nombre y apellidos (padre).....N.I.F.....

Nombre y apellidos (madre).....N.I.F.....

Domicilio.....Tfno.....

Tfno. Móvil.....E-mail.....

Código Postal.....Localidad.....Provincia.....

Desea inscribirse como socio de la ASOCIACIÓN PROVINCIAL DE PADRES Y AMIGOS DE LOS SORDOS DE CORDOBA (ASPAS-CORDOBA), en calidad de  PADRE //  AMIGO (1) abonando una cuota:

SEMESTRAL //  ANUAL (1), por importe de.....€.

(1) marcar con X donde proceda.

### **DATOS DEL HIJO/A SORDO/A :**

Nombre y apellidos:.....

Fecha de nacimiento:.....

Centro educativo al que asiste :.....

### **DOMICILIACION BANCARIA.-**

Ruego acepten con cargo a mi cuenta, abajo referenciada, los recibos que presente la ASOCIACIÓN PROVINCIAL DE PADRES Y AMIGOS DE LOS SORDOS DE CORDOBA (ASPAS-CORDOBA), correspondientes a mi cuota SEMESTRAL // ANUAL (táchese lo que no proceda), como socio de dicha Entidad por importe de .....€.

Nombre y apellidos del Titular:.....N.I.F.....

### **DATOS DEL BANCO O CAJA DE AHORRO:**

Nombre del Banco/Caja:.....Sucursal.....

Domicilio del Banco/Caja.....Localidad.....

Nº cuenta IBAN: .....

Fecha.....

Firmado.....

**NOTA.- Entregar o enviar este Boletín de Inscripción a la Asociación, a la dirección postal o de correo electrónico que figura arriba en el membrete.**