

BOLETÍN DE COLABORACIÓN

SI, quiero ayudar más a menudo a los programas a favor de los fines de la Asociación.
Me gustaría ayudar con una aportación de:

10€ 15€ 30€ Otra _____ €

Con esta ayuda colaboraré a los fines de la Asociación y con ello a que los afectados puedan llevar una vida más digna.

Periodicidad de mi ayuda

Mensual Trimestral Semestral Anual Única

Por favor, rellene sus datos personales y la Orden de Domiciliación Bancaria y envíelo en un sobre a la dirección Pol. Ind. Los Frailes. Parcela 132-A. 28814 Daganzo de Arriba, Madrid.

Nombre y Apellidos: _____

NIF/NIE: _____

Dirección: _____

CP: _____ Población _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Domiciliación Bancaria

Nombre del Titular: _____

Código cuenta cliente:

Entidad	Oficina	DC	Número de Cuenta

Otras Formas de Pago

Mediante mi tarjeta VISA AMEX OTRA: _____

Nombre del Titular: _____

Nº _____ CVV _____

Fecha de caducidad: mes _____ año _____

Adjunto cheque bancario a nombre de AEMAREH

Por transferencia o ingreso en ES 40 0049 3804 35 2314039563
Banco Santander (por favor adjunte el comprobante bancario)

Firma:

(Imprescindible)

Fecha: ____ / ____ / ____