

d e s e o a s o c i a r m e a m e d i c u s m u n d i

* Nombre y apellidos..... * D.N.I.....

Fecha de nacimiento.....Profesión * Teléfono.....

C.Electrónico..... * Dirección

C.P..... * Localidad..... * Provincia.....

* Colaborando con:

- euros
- 30 euros
- 60 euros
- 120 euros

* Cada

- mes
- trimestre
- semestre
- año

* Autorizo con cargo a mi cuenta número



del banco o caja.....

* Fecha

* Firma



Los Isunza 9, 1º dcha
01002 Vitoria-Gasteiz

Tf. 945 28 80 31

alava@medicusmundi.es

www.medicusmundi.es\alava

Los datos precedidos de asterisco son de obligada cumplimentación.

Estos datos serán incorporados a un archivo electrónico para el cumplimiento de los fines de nuestra asociación. Ud. tiene derecho a conocerlos, rectificarlos o a que se borren del archivo. Envíe una comunicación a la dirección arriba señalada. Las aportaciones son desgravables en la declaración de la renta según las normas vigentes.