

FICHA DE INSCRIPCIÓN A ASGA
ASOCIACIÓN GALLEGA DE ASMÁTICOS Y ALÉRGICOS (A.S.G.A)

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos de la persona con asma y/o enfermedad alérgica

Si es menor de edad es obligatorio inscribir al menos a otra persona

D.N.I		Fecha Nac	
-------	--	-----------	--

2ª persona

D.N.I		Fecha Nac	
-------	--	-----------	--

3ª persona

D.N.I		Fecha Nac	
-------	--	-----------	--

4ª persona

D.N.I		Fecha Nac	
-------	--	-----------	--

DOMICILIO	Calle/	nº	piso
	Población	Provincia	C.P.
	Telefono	Móvil	E-mail

DOMICILIACIÓN BANCARIA

APORTACIÓN ANUAL: mínimo 20 € por persona. Total de euros:

Muy Señores míos:

Les informo que a partir de la fecha y hasta nuevo aviso, sean cargados en mi Cuenta los recibos que presente al cobro la ASOCIACIÓN GALLEGA DE ASMÁTICOS Y ALÉRGICOS (A.S.G.A)

TITULAR DE LA CUENTA.....

ENTIDAD BANCARIA:.....

SUCURSAL:..... NÚMERO DE CUENTA.....

DOMICILIO DE LA ENTIDAD.....

POBLACIÓN.....PROVINCIA.....

FECHA

FIRMA:

Por favor, para ejercer los trámites de la domiciliación bancaria, una vez rellenado este formulario envíelo **firmado** a:

ASOCIACIÓN GALLEGA DE ASMÁTICOS Y ALÉRGICOS (A.S.G.A)

AVDA. DE ARTEIXO, 85-A LOCAL 1 15007 A CORUÑA

**DEBE ADJUNTAR también un INFORME MEDICO ACTUALIZADO,
el nombre de su MEDICO y 2 fotografías tamaño carnet**