

SOLICITUD de INGRESO

como **MIEMBRO** de



La Medicina Complementaria necesita su apoyo para seguir a su disposición en el futuro.

DESEO ENTRAR como miembro de **anthrosana en españa**

Miembro individual 20 €/año / **Familias** 30 €/año/
Persona **Jurídica** 50 €/año/ **Estudiantes y pensionistas/o en paro** 10 €/año
subraya

NOMBRE y APELLIDOS

(mayúsculas)

.....

Domicilio

..... **Código postal y localidad:**.....

Tfno. y mail:.....

Nº del **D.N.I.** o Tarjeta de Residencia.....

Fecha de la solicitud.....

Firma:

*Sus datos no serán aportados a terceros ni desviados para uso comercial.
— **Domiciliación bancaria** en hoja adjunta.*

-----**A RELLENAR OPCIONALMENTE**-----

--¿Cómo conoció nuestra asociación?.....

--¿Ha oído hablar de la medicina antroposófica?.....

--Profesión que ejerce y edad.....

Boletín de Domiciliación Bancaria

(Cumplimente los datos y... ¡no olvide firmar!)

Banco o Caja de Ahorros: _____

Domicilio de la sucursal: _____

Titular de la cuenta o libreta (en mayúsculas):

Nº de cuenta con 20 dígitos (CCC):

Atiendan con cargo a mi cuenta, y hasta nuevo aviso, los recibos que a mi nombre

les sean presentados por **anthrosana** en españa.

Fecha: _____

Fdo: _____

anthrosana

en españa

C.I.F. G 84718782

Triodos Bank Nº 1491-0001-27-0010001840