



FORMULARIO: SOLICITUDE DE ALTA

Mediante este formulario vostede solicita a súa inscrición como persoa asociada na Asociación de Enfermos de Crohn e Colite Ulcerosa da provincia de A Coruña – ACCU CORUÑA.

Perfil de persoa asociada

Persoa socia de número Persoa socia colaboradora

Datos persoais

N.I.F.	Nome e apelidos:
Enderezo:	
Código Postal:	Localidade - Provincia:
Data de nacemento:	Nº de teléfono:
Correo Electrónico:	
Profesión:	
Diagnóstico de EII:	Desde o ano:
Dispón de Certificado de Discapacidade:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Non
Incapacidade Laboral:	Tipo:

Forma de pago da cota: Domiciliación bancaria Transferencia

Comunicacións que autoriza a recibir

Revista gratuita de ACCU España “Crónica”: Si Non

Notificacións de ACCU Coruña: Si Non
(publicacións, actividades, asambleas, información sobre EII, ...)

Firma da persoa socia ou persoa socia colaboradora.

Firma da persoa representante legal da persoa socia menor de idade.

En _____, a _____ de _____ 2024