



DESEO SUSCRIBIR **BECA-SOCIO**

Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
N.I.F (desgravación fiscal) \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ C.P \_\_\_\_\_  
Población / Provincia / \_\_\_\_\_

**FORMA DE PAGO**

Cuota elegida  cuota socio 20€  Otra cantidad \_\_\_\_\_/mes

**Periodicidad de pago**

Mensual  Trimestral  Semestral  Anual

**Domiciliación Bancaria**

Misma cuenta que cuota SEPLA

Otra cuenta

Cuenta

Nombre entidad bancaria \_\_\_\_\_

Dirección entidad bancaria \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma