

PARTICULARES

Nombre

Primer apellido

Segundo apellido

NIF/NIE

Dirección postal

Código postal

Localidad

Provincia

Teléfono 1

Teléfono 2

Correo electrónico

Cuenta bancaria (IBAN)

Acepto los Términos de Uso y la Política de Protección de Datos.
(Ver documento adjunto)

Acepto recibir por email la Newsletter semanal de la Asociación.

Fecha

Firma

Remitir esta **Solicitud de Alta** como **Socio Colaborador**, debidamente cumplimentada, a la dirección de correo electrónico de la Asociación altas@celiacosmadrid.org junto con el justificante de transferencia de la **cuota* de alta** (mínimo **49 €**) a la siguiente cuenta del Banco Santander:
ES14 - 0075 - 0103 - 0106 - 0010 - 2051

Los socios colaboradores abonan una cuota anual mínima de 49 € sujeta a una desgravación fiscal de hasta un 80% en la declaración del I.R.P.F. y tienen a su disposición todos los servicios y publicaciones que ofrece la Asociación a los pacientes.