

## PARTICULARES

Nombre

Primer apellido

Segundo apellido

NIF/NIE

Dirección

Código postal / Localidad / Provincia

Teléfono 1

Teléfono 2

Correo electrónico

Cuenta bancaria (IBAN)

Pulse para marcar:

- 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.

Remitir esta **Solicitud de Alta** como **Socio Colaborador**, debidamente cumplimentada, a la dirección de correo electrónico de la Asociación [altas@celiacosmadrid.org](mailto:altas@celiacosmadrid.org) junto con el justificante de transferencia de la **aportación inicial\*** (mínimo **55 €**) a la siguiente cuenta del Banco Santander:  
**ES14 - 0075 - 0103 - 0106 - 0010 - 2051**

En los años sucesivos, como colaborador abonará una aportación anual de:

- mínimo 55€       otra cantidad: \_\_\_\_\_ €

\* La aportación anual está 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.

Fecha

Firma