



**SOCIO Nº:**

AFECTADO.....

FAMILIAR.....

PROTECTOR.....

### DATOS DEL ASOCIADO

**NOMBRE:**

DNI:

Afectación:

**Dirección:**

Localidad:

Provincia:

C.P.:

**Fecha de nacimiento:**

Edad:

**Teléfonos de contacto:**

**SOLICITO** formar parte de la **Asociación de Daño Cerebral de A Coruña ADACECO** y me comprometo a acatar sus Estatutos y Normas Generales de Aplicación así como a cooperar en la consecución de sus fines asociativos.

Igualmente autorizo a ADACECO a presentar en la siguiente entidad y cuenta la aportación económica de **70,00 €** correspondientes al 1º año y **40,00 €** correspondientes a los años siguientes en caso de **socio afectado**. En caso de **socio familiar o protector** corresponde la cantidad de **40,00 €** desde el primer año.

**BANCO**

□□□□

**OFICINA**

□□□□

**D.C.**

□□

**Nº CUENTA**

□□□□□□□□□□

Datos del Titular de la cuenta:

D.N.I. del titular de la cuenta:

Fecha:

Firma:

ADACECO

CIF: G15780166

As Xubias – 15 (instalaciones Colegio Santiago Apóstol, Pabellón F). 15006, A Coruña

adaceco@adaceco.org/ www.adaceco.org