

Nº de Socio:

FICHA DE INSCRIPCIÓN SOCIO

Nombre:		Apellidos:		
Fecha de nacimiento:		Edad:		
Domicilio			DNI:	
Núm:		Piso:		CP:
Población:				
Provincia:				
Teléfono fijo:				
Teléfono móvil:				
Correo Electrónico:				
Autoriza a que sea el correo electrónico la forma de comunicación: sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				

Hospital de diagnóstico:		Fecha de diagnóstico:	
Asociado/a:	celíaco <input type="checkbox"/>	No celíaco	<input type="checkbox"/>

EN EL CASO DE MENORES CELÍACOS:

Nombre y apellidos:		DNI:	
		Fecha de nacimiento:	

ORDEN DE DOMICILIACIÓN				
IBAN	ENTIDAD	OFICINA	DC	NÚMERO CUENTA
Titular de la cuenta:			DNI:	
Con cargo a mi cuenta y hasta nuevo aviso, ruego atiendan la presente orden de domiciliación bancaria correspondiente a la cuota anual de la ACIB.				
Firma del titular de la cuenta:				