

SOLICITUD DE ALTA

Don/Dña. _____, con
DNI. Núm. _____, domiciliado/a en C/ _____
_____ nº _____ piso _____ letra _____
C.P. _____ Población _____
Provincia _____ y números de teléfono _____
_____, _____
E-mail. _____

- Deseo causar alta en ASEMGRA, abonando la cuota anual establecida de 40 €
- Deseo causar alta en ASEMGRA, abonando una cantidad anual superior de _____ €
- Si el socio y afectado es la misma persona, indicar F. Nacimiento y Diagnóstico
- Si el socio y afectado es distinta persona, completar todo los datos siguientes
(Marcar una X lo que proceda)

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA

Nombre y Apellidos: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Parentesco con el Socio: _____
Enfermedad diagnosticada: _____

En _____, a _____ de _____ de 200__

Fdo.: _____