

SOLICITUD DE AFILIACION A FESITESS MADRID

DATOS DEL AFILIADO:

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____

D.N.I.: _____ TELFONO: _____ E-MAIL: _____

DIRECCION: _____ Nº: _____ PISO: _____ C.P.: _____

PROVINCIA: _____ POBLACION: _____

TITULACION: _____ AÑO DE TITULACION: _____

SITUACION LABORAL: _____ CENTRO DE TRABAJO _____

DESEA AMPLIAR EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL (VOLUNTARIO)

PAGO DE CUOTAS POR BANCO O CAJA:

TITULAR: _____

BANCO/CAJA DE AHORROS: _____

DIRECCION: _____ C.P.: _____ POBLACION: _____

Nº DE CUENTA

ENTIDAD	SUCURSAL	D.C	Nº DE CUENTA
---------	----------	-----	--------------

Solicito la afiliacion a FESITESS MADRID, comprometiendome a abonar las cuotas establecidas y aceptar los estatutos por los que se rige esta Federacion.

En _____ a _____ de _____ de _____

Fdo.