



ANA

ASOCIACIÓN
NAVARRA DE
AUTISMO

Asociación Navarra de Autismo

Monasterio Urdax 36, 1º B
31011 Pamplona
e-mail: info.ana@autismonavarra.com
Fax: 948 25 22 22 Teléfono: 630 755 519
www.autismonavarra.com

A rellenar por ANA:
ASOCIADO
SOCIO COLABORADOR

INSCRIPCIÓN SOCIOS FAMILIARES Y SOCIOS COLABORADORES

Nombre: _____	1er Apellido: _____	2º Apellido: _____
------------------	------------------------	-----------------------

Natural de _____ provincia de _____
DNI/Pasaporte nº _____ letra _____ expedido en _____
Dirección _____ C.P. _____
Localidad _____ Provincia _____ Teléfono fijo _____
Teléfono móvil _____ E-mail _____
SÍ / NO Autorizo a ANA a que me envíe información sobre sus actividades (subrayar o señalar la opción elegida)

Datos de la persona con autismo (en su caso):

Nombre: _____	1er Apellido: _____	2º Apellido: _____	Fecha nacimiento: _____
------------------	------------------------	-----------------------	----------------------------

Relación con persona con autismo (SEÑALAR con una X):

<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Nieto	<input type="checkbox"/> Sobrino	<input type="checkbox"/> Repr. Legal	<input type="checkbox"/> Otros (indicar)
-------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--

En caso de separación (SEÑALAR con una X):

<input type="checkbox"/> Custodia compartida	<input type="checkbox"/> Custodia padre	<input type="checkbox"/> Custodia madre
--	---	---

Por la presente y hasta nueva orden, doy mi autorización para que sean abonados trimestralmente los recibos que la Asociación Navarra de Autismo establezca a mi nombre por _____ Euros (cuota mínima 15 euros trimestrales). Dichos pagos serán cargados en mi C.C.C.:

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

_____, _____ de _____ de _____

Firmado: