



SOLICITUD DE ALTA DE SOCIO

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad/Provincia/Código Postal: _____

Teléfono: _____

Email: _____

Categoría de Socio: Básica (60€ anuales)

Contribuyente especial (____ € anuales)

Por favor, rellene y firme la autorización:

Autorizo a la AWM a cobrar la cuota anual de socio de ____ €

Nombre: _____

Cuenta Bancaria:

(Entidad) (Oficina) (DC) (Número de cuenta)

Firma del socio

Firma del titular de la cuenta

Nota: la información de este documento será usada por la AWM exclusivamente para cumplimentar el Registro de Socios de la Asociación. No se hará uso para otro fin sin la autorización previa de los interesados.

Enviar a: aw@awmadrid.es

O por correo a: C/ Maldonado 4, 2ºB 28006 Madrid