



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE
 C/ Sanguenjo, 36 28034 Madrid
 Teléf.: 91 448 13 05 FAX: 91 448 12 61
aedem@aedem.org
www.aedem.org



ASOCIACIÓN DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE VIRGEN DE LOS DESAMPARADOS
MIEMBRO DE AEDEM
 C/Mossen Jordi, 10 Bajo
 46018 Valencia (Valencia)
 Movil: 637 435 026 Tel.962069090
ademvalencia@hotmail.com
www.ademva.es

Entidad Declarada de UTILIDAD PÚBLICA
 Miembro de la Federación Internacional de Esclerosis Múltiple
 Miembro de COCEMFE

FICHA DE ADHESIÓN

DATOS PERSONALES				
Apellidos (*)	Nombre (*)		DNI o NIF (*)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Domicilio (*)				
<input type="text"/>				
Cod.Postal (*)	Población (*)		Provincia (*)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Teléf. Fijo	Teléf. Móvil	Teléf. Trabajo	e-mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Fecha nacimiento	Lugar nacimiento	Afectado (*)	Enfermedad	
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	

CUOTA (*)	
Importe cuota anual:	<input type="checkbox"/> 108,00 € /año <input type="checkbox"/> 150,00 € /año <input type="checkbox"/> _____ € /año
Forma de pago en:	<input type="checkbox"/> 1 recibo anual <input type="checkbox"/> 2 recibos semestrales
La gestión de cobro de la cuota será realizada por: <input type="checkbox"/> AEDEM-COCEMFE <input type="checkbox"/> Asociación miembro	

DATOS BANCARIOS (*)						
IBAN						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre de la Entidad Bancaria						
<input type="text"/>						

La firma del presente documento supone la adhesión como socio de la Asoc. de Esclerosis Múltiple Virgen de los Desamparados, así como la adhesión como colaborador de la Asociación Española de Esclerosis Múltiple (AEDEM-COCEMFE)

Deberá cumplimentar y firmar el consentimiento informado sobre la Ley de Protección de Datos (al dorso de este documento).

_____ a _____ de _____ de _____
¿Desea recibir la revista de AEDEM-COCEMFE?
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (*)
Para tener opción a recibir la revista de AEDEM-COCEMFE la cuota deberá ser como mínimo de 40,00 €/año
Firmado: _____

(*) Dato de cumplimentación obligatoria

