RESGUARDO DE COLABORACION

☐ APADRINAMIENTO

☐ SOCIO - COLABORADOR

Apellidos :

Nommbre :

D. N. I :

Domicilio :

C.P : Localidad :

Provincia :

Nº Telefono :

e-mail :

---

Número de Cuenta :

Entidad Oficina DC Nº de cuenta

☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Caja o Banco :

Forma de Pago :

Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☐

Autorizo a la Asociación Akshy - India (N. R. 588315) a emitir recibo periodico por apadrinamiento de niño/a o socio - colaborador, por un importe de 20 euros mensuales.

Fecha Firma

(Si en algun momento deseas cancelar el apadrinamiento, por favor, ponte en contacto con nosotros. Muchas gracias)