SOLICITUD DE SOCIO
CLUB DEPORTIVO "GRUPO XOVE"
FUNDACIÓN HOSPITAL DE JOVE – GIJÓN

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____

F. NACIMIENTO: _____ D.N.I.: _____

DOMICILIO: _____

CODIGO POSTAL: _____ CIUDAD: _____

TLF: _____ MOVIL: _____ E MAIL: _____

TRABAJADOR DEL HOSPITAL: ☐ SI ☐ NO

FORMA DE PAGO: ☐ NÓMINA ☐ BANCO (Cuotas CuaTrimestrales)

FECHA: _____ FIRMA: _____

Acta de la Asamblea de fecha **1 de Febrero de 2019**. Precios para los socios: **7 Euros** al mes para los ADULTOS y **4 Euros** al mes para los menores de 18 años. Los nuevos socios abonarán la cantidad de **50,00€** en concepto de preinscripción.

DOMICILIACIÓN BANCARIA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL TITULAR: _____

DOMICILIO: _____

CODIGO POSTAL: _____ CIUDAD: _____ DNI: _____

BANCO / CAJA: _____

NUMERO DE CUENTA COMPLETO (IBAN):

E	S			-					-					-					-					-				

Ruego se sirvan pagar los recibos que el CLUB DEPORTIVO "GRUPO XOVE" pasará a mi nombre y en mi cuenta hasta nuevo aviso.

FECHA: _____ FIRMA: _____

Enviar mail