



**CENTRO ASTURIANO
DE MADRID**

Farmacia, 2 | 28004 Madrid
T 91 532 82 45 / 91 532 82 81
F 91 532 82 56
info@centroasturianomadrid.es

Solicitud de ingreso de asociado

De D. _____ con D.N.I _____,
natural de _____ provincia de _____, nació el _____,
con domicilio en _____ N° _____, piso _____, puerta _____,
de _____ provincia _____, distrito postal _____,
teléfono _____, móvil _____, email _____.
Profesión _____ Centro de trabajo _____, Teléfono _____.
Hijo de _____ natural de _____ y de _____
natural de _____.

FORMA DE PAGO: TRIMESTRAL - SEMESTRAL-ANUAL (Tache lo que no proceda).

DATOS BANCARIOS: _____ / _____ / _____ / _____.

PRESENTADO POR LOS SOCIOS:

D. _____ n° _____

D. _____ n° _____

Acepto recibir por correo o email, la información del Centro Asturiano de Madrid, sobre actividades y servicios. Bajo ninguna circunstancia estos datos serán entregados a persona o empresa alguna, quedando siempre bajo control del Centro Asturiano
Si en el futuro desea modificar sus datos o no recibir más información, puede dirigirse por escrito al **Centro Asturiano- c/ Farmacia, 2 (28004 Madrid)** o al email info@centroasturianomadrid.es

Madrid, _____ de _____ de 20____,

Firma,

Cónyuge

Nombre y apellidos _____,

Nacido el _____ en _____, D.N.I. _____,

móvil _____, email _____.

Profesión _____ Centro de trabajo _____, Teléfono _____.

Familiares beneficiarios

Nombre y apellidos _____,

Nacido el _____ en _____, D.N.I. _____,

móvil _____, email _____.

Nombre y apellidos _____,

Nacido el _____ en _____, D.N.I. _____,

móvil _____, email _____.

Nombre y apellidos _____,

Nacido el _____ en _____, D.N.I. _____,

móvil _____, email _____.

Nombre y apellidos _____,

Nacido el _____ en _____, D.N.I. _____,

móvil _____, email _____.

IMPORTANTE. Los cambios familiares (esponsales, nacimientos, etc), domicilio, teléfonos, banco, etc, deberán comunicarlo a las oficinas del Centro Asturiano, para su correspondiente modificación.