



FORMULARIO DE SOCIO/A - ACIDI CÓRDOBA

D/Dña. _____ DNI nº _____ , con
domicilio en _____ teléfono
_____ y correo electrónico _____

como PADRE, MADRE, REPRESENTANTE LEGAL O EN REPRESENTACIÓN PROPIA (señálese lo
que proceda) de la persona con Discapacidad Intelectual:

Nombre: _____ DNI nº _____ , teléfono
_____ edad: _____ Tipo de Discapacidad Intelectual _____

Otras patologías, alergias, intolerancias, limitaciones funcionales _____

SOLICITA:

Su incorporación con SOCIO/A de la Asociación Cordobesa de Discapacidad Intelectual – ACIDI, inscrita en el Registro de Asociaciones de Andalucía con el número 10990 de la Sección 1 de esa Unidad Registral, con CIF G56505134 y ASUME los compromisos establecidos en los Estatutos de la Asociación:

SÍ ☐

NO ☐

CUOTA ANUAL ACIDI 60 EUROS

FORMA DE PAGO:

1 CUOTA ANUAL DE 60 EUROS ☐

2 CUOTAS SEMESTRALES DE 30 EUROS ☐

NÚMERO DE CUENTA CORRIENTE DE ACIDI: ES80 3183 1400 5232 3721 5722

Algún dato de interés a comunicar por la familia:

FIRMA PADRE, MADRE, REPRESENTANTE LEGAL O INTERESADO/A