



## Datos personales

NOMBRE:

APELLIDOS

DIRECCIÓN

Población:

Teléfono fijo:

C.Postal:



Teléfono móvil:

Persona Contacto:

Mail:

## Modalidad elegida

Marque con una **X** su elección

	<b>SOCIO SOLIDARIO</b>	Todas aquellas personas que desean ser socios de ACEPI pero no pueden participar en las actividades por vivir lejos, por no ser afectados, etc. Son socios por solidaridad. (Para obtener beneficios de acuerdos en Psicología, Vodafone, General optica etc).	* Consulte forma de acceso
	<b>SOCIO</b>	Todas las personas que están afectadas por la epilepsia y desean ser socio de Acepi para participar en sus actividades y utilizar sus servicios. <b>SÓN LA RAZÓN DE SER DE ACEPI. LOS VERDADEROS BENEFICIARIOS, PARA LOS QUE TRABAJAMOS Y CUYA CALIDAD DE VIDA INTENTAMOS MEJORAR.</b>	60 €/año Formas de pago a elegir: Mensual- Trimestral- Semestral- Anual



## Domiciliación Bancaria

Autorizo a mi Entidad Bancaria

Entidad	Oficina	Control	Nº cuenta

**Banco Sabadell**  
ES22 0081 1511 74 00 01 26 69 28

**En Cajasur BBK**  
ES42 0237 6053 10 91 64 78 25 94

Al pago del recibo que presenta **ACEPI**, Asociación Cordobesa de Epilepsia y otras enfermedades afines, en concepto de aportación económica para ser socio de la misma.

Nombre y apellidos del titular: .....

DNI del titular: .....

Firma del Titular

FORMA DE PAGO:	<input type="checkbox"/> MENSUAL	<input type="checkbox"/> TRIMESTRAL	<input type="checkbox"/> SEMESTRAL	<input type="checkbox"/> ANUAL	
IMPORTE €uros:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	