



# Asociación AFANIAS

## FICHA DE SOCIO

Nº socio/a: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE: CUMPLIMENTE SOLO CAMPOS DE FONDO BLANCO**

### Datos Socio/a

Fecha de Alta:    /    /

Nombre ..... Apellidos .....

Calle/Plza/Vía ..... Nº ..... Piso:..... Puerta..... Esc. ....

Población ..... Provincia.....CP.....Pais.....

E-mail ..... Teléfono Fijo .....

Teléfono Móvil ..... DNI .....

Relación/parentesco con persona con capacidades especiales .....

### Datos de la Persona con capacidades especiales

Nombre ..... Apellidos .....

Calle/Plza/Vía ..... Nº..... Piso:..... Puerta..... Esc. ....

Población .....Provincia.....CP.....Pais.....

E-mail.....@..... Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Teléfono Móvil ..... Teléfono Fijo .....

Centro/Servicio de AFANIAS .....

Si recibe más servicios, indique cuales: .....

**¿Tiene interés en conocer algún recurso o servicio de AFANIAS? ¿Cuál?**

.....

**Y ¿en recibir información u orientación sobre algún tema de su interés?**

.....

