



SUSCRIPCIÓN A LA REVISTA "INTEGRACIÓN"

Suscripción anual (4 números) **30** euros

Entidad
Nombre Apellidos
Domicilio
Población Provincia
CP Teléfono DNI*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*Es necesario adjuntar fotocopia

HOJA DE INSCRIPCIÓN COMO SOCIO DE AICE. AÑO 2017

Cuota anual: **60** euros (en 2 recibos de 30 euros)

Carné de implantado: **3** euros (se factura con el primer recibo)

- IMPLANTADO FAMILIAR DEF. AUDITIVO PROBLEMA VISIÓN
 PROFESIONAL ENTIDAD SIMPATIZANTE OTROS

Entidad
Nombre Apellidos
Domicilio
Población Provincia CP
Teléfono Móvil E-mail
DNI*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 *Es necesario adjuntar fotocopia Profesión
Nombre implantado/a
Fecha de nacimiento Relación con el implantado/a
Causas de la sordera
Patologías asociadas
Centro implantador Doctor
 Oído izquierdo - Fecha del Implante Nº serie del procesador
Marca y modelo del implante
 Oído derecho - Fecha del Implante Nº serie del procesador
Marca y modelo del implante

¿Desea contratar el seguro? SÍ NO Importe opcional del seguro anual en un solo pago (no fraccionado)

DOMICILIACIÓN BANCARIA

Número de cuenta

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Código IBAN
Código BIC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Entidad

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Autorizo a cargar en mi cuenta las cuotas que semestralmente domiciliará en la misma la Federación AICE

Podéis mandar una fotocopia de esta página

Importante: Estos datos se recogen únicamente a efectos de notificación. Los datos aquí recogidos se incorporarán a un archivo informatizado, propiedad de la federación AICE, inscrita en L.P.D. de conformidad con la Ley 15/1999 de 13 de diciembre de LOPD. Tiene derecho al acceso, rectificación y cancelación mediante solicitud escrita y firmada, dirigida a la Federación AICE. c/ Fernández Duró, 22-24. 08014 Barcelona.

Firma del titular

Firma del titular
