



**PROPOSTA DE SOCI:** SÍ, vull ser soci col·laborador de Salut Mental Barcelonès Nord - Associació  
Per això, em comprometo a col·laborar amb: **Una aportació trimestral de 20€**

**PROPOSTA DE COL·LABORACIÓ ECONÒMICA:** SÍ, vull col·laborar i fer una aportació que no comporta en si mateixa l'adquisició d'associat a Salut Mental Barcelonès Nord. Col·laboro amb:

**Una donació única de:** \_\_\_\_\_ €       **Una donació anual de:** \_\_\_\_\_ €

Nom i cognoms: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Tel. : \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Domicili: \_\_\_\_\_ Població i codi postal: \_\_\_\_\_

Núm. de compte: \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ (20 xifres)

Tinc/No tinc: fill/a, germà/na, altre: \_\_\_\_\_ amb trastorn mental al meu càrrec

L'informem que les seves dades personals que ens facilita en aquest formulari seran incorporades en un fitxer propietat de SMBN, amb la finalitat de gestionar la seva donació, oferir-li els nostres serveis i enviar-li informacions amb el trastorn mental. Si desitja exercitar els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició pot dirigir-se per escrit a: Salut Mental Barcelonès Nord - Associació, Avda Dr. Bassols, 62, 1er pis 08914 Badalona

**INSTRUCCIONS:**

Un cop emplenada i signada aquesta butlleta pot fer-la arribar presencialment o per correu postal a Salut Mental Barcelonès Nord – Associació, Avda. Dr. Bassols, 62 1r pis 08914 Badalona, o bé, escanejada a través del nostre e-mail: [administracio@assocsmbn.org](mailto:administracio@assocsmbn.org)

**Signatura:**

Data: \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ 20 \_ \_