

ASSOCIACIÓ SMBN

FORMULARI D'INSCRIPCIÓ INDIVIDUAL I FAMILIAR
COM A SOCI DE SALUT MENTAL BARCELONÈS NORD-
ASSOCIACIÓ

PROPOSTA DE SOCI: SI, vull ser soci col.laborador de Salut Mental Barcelonès Nord-Associació. Per això em comprometo a col.laborar amb una aportació trimestral de

☐

25 euros.

☐

35 euros

☐

____ euros

NOM I COGNOMS: _____

DNI: _____ TELÈFON MÒBIL: _____ TELÈFON FIX: _____

ADREÇA: _____ POBLACIÓ: _____

CP _____ CORREU ELECTRÒNIC: _____

NUMERO DE COMPTE IBAN: _____

*Signatura, lloc i data*ELS SEGÜENTS FAMILIARS VOLEN FER-SE SOCIS I GAUDIR DELS
CORRESPONENTS SERVEIS I BENEFICIS DE SMBN DINS LA MATEIXA QUOTA

NOM I COGNOMS: _____

DNI: _____ TELÈFON MÒBIL: _____ TELÈFON FIX: _____

ADREÇA: _____ POBLACIÓ: _____

CP _____ CORREU ELECTRÒNIC: _____

Signatura, lloc i data

NOM I COGNOMS: _____

DNI: _____ TELÈFON MÒBIL: _____ TELÈFON FIX: _____

ADREÇA: _____ POBLACIÓ: _____

CP _____ CORREU ELECTRÒNIC: _____

Signatura, lloc i data

NOM I COGNOMS: _____

DNI: _____ TELÈFON MÒBIL: _____ TELÈFON FIX: _____

ADREÇA: _____ POBLACIÓ: _____

CP _____ CORREU ELECTRÒNIC: _____

Signatura, lloc i data

L'informem que les 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. 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.

Un cop emplenada i signada aquesta butlleta pot fer-la arribar presencialment o per correu ordinari a Salut Mental Barcelonès Nord-Associació, Avda. Dr. Bassols, 62, 1er pis 08914. Badalona, o bé, escanejada a través del nostre e-mail: administracioeassocsmbn.org