COLABORA EN SU SOSTENIMIENTO

Apellidos……..Nombre…….

NIF……Domicilio……N°……

C.P…… Población……..Teléfono……..

Banco o Caja de Ahorros……...

Domicilio…….....N°…….C.P…….

Población……..

CÓDIGO CUENTA CLIENTE			
Entidad	Oficina	DC	Nº Cuenta

D./Dña……..

Se suscribe con……€ al ☐ mes ☐ trimestre ☐ semestre ☐ año

¿Desea recibir un certificado para desgravar este donativo del I.R.P.F? ☐ si ☐ no

Sus datos personales están protegidos por la ley y sólo se tratarán informáticamente a efectos de gestionar su donativo

Fecha……... Firma