



La Sra/el Sr :.....
Amb NIF núm..... nascut/da el
i amb domicili a núm..... pis.....
Població.....Comarca.....
Codi postal..... Telèfon..... e-mail.....
que presta els seus serveis professionals al
CREDA.....
o al Centre

Sol·licita formar part de l'Associació Catalana de Professionals dels Centres de Recursos Educatius per a Deficients Auditius i Greus Trastorns de Llenguatge (ACPCREDA) com a membre de ple dret, amb el compromís de complir les obligacions que com a associat li pertoquin i que queden recollides als Estatuts.

....., a de de.....
Signatura,

Butlleta de domiciliació bancària

Nom i cognoms (del titular del compte):

.....

Codi Compte Client:

IBAN___ Entitat ___ Oficina ___ DC ___ Compte _____

Banc/Caixa..... Agència núm.....

Adreça..... CP..... Comarca.....

Nom i Cognoms de l'associat (en el cas que sigui un altre que el titular del

compte):.....

Senyors, els agrairé que amb càrrec al meu compte/llibreta atenguin, fins a nova ordre, el rebut que periòdicament els presentarà l'Associació Catalana de Professionals dels Centres de Recursos Educatius per a Deficients Auditius i Greus Trastorns de Llenguatge (ACPCREDA), per al pagament de la meua afiliació. La quota anual és de 40 €

* En cas de modificació de les dades bancàries o de voler donar-me de baixa, em comprometo a informar a l'ACPCREDA, abans del 15 de desembre de l'any en curs, via correu electrònic. Davant l'incompliment d'aquesta notificació, estic informat que hauré d'assumir les despeses bancàries que això comporti.

Atentament,
Signatura