

Formulari d'Inscripció a l'Associació de Fallaires d'Andorra La Vella



Contacte principal

Nom i Cognoms:

Passaport:

Data de naixement:

Any d'entrada Associació:

Adreça:

Parròquia:

Codi Postal:

Telèfon:

Correu electrònic:

Familiars i/o altres:

| | |
|-------------------------------|---------------------------|
| Nom i Cognoms: | Passaport: |
| Data de naixement: | Any d'entrada Associació: |
| Parentiu contacte principal: | Telèfon: |
| Correu electrònic (opcional): | |
| Nom i Cognoms: | Passaport: |
| Data de naixement: | Any d'entrada Associació: |
| Parentiu contacte principal: | Telèfon: |
| Correu electrònic: | |
| Nom i Cognoms: | Passaport: |
| Data de naixement: | Any d'entrada Associació: |
| Parentiu contacte principal: | Telèfon: |
| Correu electrònic: | |
| Nom i Cognoms: | Passaport: |
| Data de naixement: | Any d'entrada Associació: |
| Parentiu contacte principal: | Telèfon: |
| Correu electrònic: | |
| Nom i Cognoms: | Passaport: |
| Data de naixement: | Any d'entrada Associació: |
| Parentiu contacte principal: | Telèfon: |
| Correu electrònic: | |

El sotasignant
l'Associació de Fallaires d'Andorra La Vella presenti a aquesta entitat
següent:

autoritzo el pagament dels rebuts que
amb càrrec al compte corrent

Número de compte:

AD

Import:

€

I perquè així consti signo el present a _____, el _____ de _____ de 20 _____.

Signatura: