



## FICHA DE INSCRIPCIÓN ACPLM

Nº:

FECHA: \_\_\_\_\_

### DATOS PERSONALES

Por favor, rellenar con Mayúsculas. Gracias.

NOMBRE Y APELLIDOS:	
DOMICILIO:	
	MUNICIPIO:
CORREO ELECTRÓNICO:	TELÉFONO:
PROFESION:	

### OTROS DATOS

Por favor, rellenar con Mayúsculas. Gracias.

¿Quién te informó sobre la Asociación y los Grupos de Apoyo ?

¿Por qué has querido participar como Socio del la Asociación Canaria Pro Lactancia Materna ?

¿Deseas recibir información sobre cursos-charlas-talleres? SI NO

¿Deseas formarte para colaborar con la ACPLM como monitora? SI NO

¿Deseas colaborar con la ACPLM de alguna manera ? ¿ Cómo ?

### DATOS BANCARIOS

**CUOTA ANUAL 12 € (1€ al mes)**

Nombre y Apellidos Titular: \_\_\_\_\_

Nombre Entidad Bancaria: \_\_\_\_\_

Cuenta Corriente: \_\_\_\_\_

FIRMA CONFORMIDAD:

.....a.....de.....de 201