



Asociación
CENTRO DE ESTUDIOS CALATRAVOS
 Nº 23640 del Rº Gral. De Asociaciones

Palacio de la Clavería
 13380 Aldea del Rey (Ciudad Real)

FICHA DE SOCIOS

| | | |
|---|--|--|
| 1.- DATOS DEL SOCIO | | Nº |
| Nombre: _____ Apellidos: _____ | | |
| C.I.F./N.I.F.: _____ | | |
| Domicilio | Calle: _____ nº _____ | C. Postal: _____ |
| | Localidad: _____ Provincia: _____ | |
| Ámbito | <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado | |
| Teléf. fijo: | e-mail: _____ | |
| Teléf. móvil: | e-mail: _____ | |
| Fax: | web: _____ | |
| ACTIVIDAD | <input type="checkbox"/> Administración Pública | |
| | <input type="checkbox"/> Asociación <input type="checkbox"/> De mujeres <input type="checkbox"/> Empresarial <input type="checkbox"/> Juvenil <input type="checkbox"/> Cultural <input type="checkbox"/> Tercera edad <input type="checkbox"/> Otros | Empresa / sector <input type="checkbox"/> Turismo <input type="checkbox"/> Pymes <input type="checkbox"/> Artesanía <input type="checkbox"/> Agroalimentaria <input type="checkbox"/> Serv. proximidad <input type="checkbox"/> Serv. a la comunidad <input type="checkbox"/> Otros |
| PROFESIÓN: _____ | | |
| OBSERVACIONES: la información que nos proporcione quedará al amparo y custodia de nuestra Institución y conforme a todo lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos. | | |

| | |
|------------------------------------|--|
| 2.- DATOS DEL REPRESENTANTE | |
| Titular | Nombre: _____ NIF: _____ |
| | Domicilio: _____ |
| | Contacto.- Teléf.: _____ e-mail: _____ |
| Suplente | Nombre: _____ NIF: _____ |
| | Domicilio: _____ |
| | Contacto.- Teléf.: _____ e-mail: _____ |
| Fecha de nombramiento: _____ | |

| | |
|---|--|
| 3.- DOCUMENTOS APORTADOS | |
| <input type="checkbox"/> Solicitud de adhesión * | <input type="checkbox"/> Nombramiento representante** |
| */** La solicitud de adhesión y el nombramiento de los representantes deberán venir refrendados mediante acuerdo plenario, en caso de administraciones locales, o por el órgano competente. | |
| <input type="checkbox"/> Fotocopia de estatutos | <input type="checkbox"/> Fotocopia Registro Asoc. <input type="checkbox"/> Fotocopia CIF |

| | |
|--|---|
| 4.- DATOS BANCARIOS: Subraye en color o marque su preferencia | |
| <input type="checkbox"/> Transferencia a: c/c 3190-2015-56-2372383626 | <input type="checkbox"/> Domiciliación: Banco o Caja: c/c |

CUOTA ANUAL: 20 €