

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

ASGRAN  


Solicitante		
	Apellidos:	
	Nombre:	NIF:
	Domicilio:	
	Población:	
	Teléfono:	
	Email:	
Cónyuge		
	Apellidos:	
	Nombre:	NIF:
	Domicilio:	
	Población:	
	Teléfono:	
	Email:	
Hijo/a		
	Nombre:	NIF:
	Fecha nacimiento dd/mm/aa	
	Curso académico	
	ACI:	
Hijo/a		
	Nombre:	NIF:
	Fecha nacimiento dd/mm/aa	
	Curso académico	
	ACI:	
Hijo/a		
	Nombre:	NIF:
	Fecha nacimiento dd/mm/aa	
	Curso académico	
	ACI:	
Hijo/a		
	Nombre:	NIF:
	Fecha nacimiento dd/mm/aa	
	Curso académico	
	ACI:	

### DOMICILIACIÓN BANCARIA

Titular de la cuenta:																						
Banco/caja:																						
Domicilio en:																						
IBAN				Entidad			Sucursal			D.C		Nºcuenta										

El/la abajo firmante solicita ser admitido/a como Socio/a Ordinario/a en ASGRAN (Asociación granadina de apoyo a las altas capacidades) comprometiéndome a cumplir las normas de admisión de socios/as y al pago de las cuotas vigentes en la asociación.

En \_\_\_\_\_ a \_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Firmado: