Si todavía no lo es, hágase *Amigo de AFADA*

Nombre y apellidos ……..
……

Domicilio
……

C.P. …… Teléfono ……

Deseo colaborar con la Asociación de Familiares de Donantes con el siguiente donativo:

☐ ..... euros ☐ 9 euros ☐ 18 euros ☐ 36 euros

☐ Cada mes ☐ Cada trimestre ☐ Cada semestre ☐ Cada año

Autorizo al Banco o Caja …….. Agencia ……

Para que abone en la cuenta de la Asociación de Familiares de Donantes Anónimos, la cantidad citada con cargo a mi cuenta

C.C.Nº: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Firma

Recorte y envíe a: Asociación de Familiares de Donantes Anónimos, C/ Nécora, 6 2º A 18003 Granada