



# ASEMÍ

Asociación  
de Enfermedades  
Minoritarias  
de la Comunidad  
Valenciana

Nombre y Apellidos .....

NIF/NIE .....

Domicilio ..... C.P. ....

Localidad ..... Provincia .....

Teléfono ..... Email .....

## MI APORTACIÓN<sup>1</sup>

Quiero aportar:

10€  20€  30€  60€  Otra cantidad

Periodicidad:

mensual  trimestral  anual  aportación puntual

Si deseas disfrutar de los beneficios fiscales correspondientes a tu colaboración, marca esta casilla

## MIS DATOS BANCARIOS

Banco o Caja .....

Código de cuenta:

IBAN

Entidad

Oficina

DC

Nº de cuenta

Firmado: (firma del titular de la cuenta)