

DOCUMENTO DE AFILIACIÓN ATC

Nombres y apellidos:

DNI: Teléfono:

Licencia o Credencial:

Nº Tarjeta Transporte:

Dirección:

Email: Fecha de nacimiento:

Pago por domiciliación Bancaria (Trimestre: 20€):

IBAN:

Con esta afiliación entro a formar parte de la Agrupación Taxi Companys (ATC), y asumir puntualmente el pago de las cuotas en la modalidad aceptada anteriormente. Tengo derecho de participar en todos los eventos y asambleas que organice la Asociación y a intervenir activamente en ella si es mi deseo. A la vez autorizo a recibir en mi domicilio o correo electrónico la información, actividades o promociones que la Asociación crea oportunas.

Autorizo a mi Entidad Bancaria a realizar el pago de dicha cuota a la Agrupación Taxi Companys (ATC), asumiendo los costos de devolución en el caso que el recibo NO pueda ser cobrado

Fecha:

Firma del socio: