

ASDRA / Formulario adhesión

Quiero ser socio de ASDRA para que juntos trabajemos por la salud, la educación y la igualdad de oportunidades de personas con Síndrome de Down.

Fecha ___/___/_____

Apellido y nombres _____
Dirección _____ Localidad _____ CP _____
Teléfono _____ e-mail _____
Provincia _____ País _____ Tipo y N° de Doc. _____
Actividad: _____

Datos de la persona con Síndrome de Down

Apellido y Nombres: _____
Fecha de Nacimiento: ___/___/___
Relación con el socio _____
¿Posee Hermanos? _____

Elijo ser socio

- Socio activo: \$50.- (cincuenta pesos) por trimestre
- Asociaciones: \$82.- (ochenta y dos) por trimestre
- Suscriptor: \$70.- (setenta pesos) por año
- Socio individual "activo" benefactor: desde \$140 por trimestre
- Socio individual "activo" con invitado*: \$70 (setenta pesos) por trimestre
- Socio individual "activo" con invitado* benefactor: desde \$200 (doscientos pesos) por trimestre

Forma de pago

- Tarjeta de crédito

Autorizo el débito trimestral / anual de \$ _____ (pesos _____)

- VISA**
- American Express**
- Diners Club**
- Mastercard**

N° _____ Vto. _____ Cod. Seguridad _____

Firma y aclaración del titular _____

- Transferencia Bancaria*

- Banco SANTANDER RIO**
CBU: 0720196320000000151436
CUENTA: 196-00001514-3
CUIT ASDRA: 30-62968955-5
SUCURSAL: BOTÁNICO

* Comunicar vía fax o e-mail, luego de realizada la transferencia, los siguientes datos: fecha, importe y N° de comprobante de la misma.

- Giros postales * (en caso de residir en el interior del país / exterior)

- CORREO ARGENTINO**
Sucursal Plaza Italia / Uriarte 2011 (1425) Capital Federal
- WESTERN UNION**

* Comunicar vía fax o e-mail, luego de realizado el giro, los siguientes datos: fecha, importe y N° del mismo. Si es enviado en una carta plus, indicar N° de carta.

- Efectivo

Los pagos en efectivo se realizarán exclusivamente en la sede de ASDRA.