



Asociación Nacional de **HIPERTENSIÓN PULMONAR**

Fecha _____

D./ D^a _____ desea inscribirse como socio/a
en la Asociación Nacional de Hipertensión Pulmonar.

Domicilio: _____ Teléfono: _____ Email: _____

Localidad: _____ Postal: _____ Ciudad: _____

Afectado

Familiar

Simpatizante

Decide colaborar con la Asociación:

- Sin cuota económica
- 20€ de cuota (mínima)
- Otras cantidades. Indique cual: _____ €

Indíquenos cuenta de banco para su domiciliación (20 dígitos)
