



FEDERACION VALENCIANA DE ASOCIACIONES
DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER
FEDERACIÓ VALENCIANA D'ASSOCIACIONS
DE FAMILIARS DE MALALTS D'ALZHEIMER

RESGUARDO DE DONATIVO REALIZADO A FEVAFA

APELLIDOS

NOMBRE

RAZÓN SOCIAL

DNI / NIF

DOMICILIO

POBLACIÓN

C.P.

PROVINCIA

TELÉFONO

NOMBRE Y APELLIDOS DEL TITULAR DE LA CUENTA

APORTACIÓN ECONÓMICA

MARCAR:

- APORTACIÓN ÚNICA
 APORTACIÓN ANUAL
 DESEO RECIBIR EN LA DIRECCIÓN ARRIBA INDICADA EL CERTIFICADO DE DONACIONES

RELLENAR EN EL CASO DE SER A TRAVÉS DE RECIBO ANUAL

INDICAR EL NÚMERO DE CUENTA (10 DÍGITOS)

AUTORIZO A LA FEDERACIÓN VALENCIANA DE ASOCIACIONES DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER A COBRAR EL RECIBO POR LA CANTIDAD ARRIBA INDICADA

FIRMA DEL TITULAR

* Los datos facilitados en este boletín serán de uso exclusivo de FEVAFA no pudiendo ser utilizados para ningún otro fin.