



Associació
Memòria
de **Mallorca**

FULL DE SOCI

Per contactar amb l'AMDM:
tempsdelamemoria@gmail.com



+34 625454500

SOCI núm. _____

Nom i cognoms del/de la soci/a		Data de naixement
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Adreça		
<input type="text"/>		
Municipi	Codi Postal	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
@ Correu electrònic		
<input type="text"/>		
Telèfon	DNI nº	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Professió		
<input type="text"/>		
Motivació per pertànyer a MdM		
<input type="text"/>		
QUOTA ANUAL:		
Ingrés /Transferència al compte nº:		<input type="checkbox"/> 40€ (quota mínima anual)
IBAN ES96 2056 0004 4410 0059 9520		<input type="checkbox"/> 50€
de Caixa de Colonya, oficina de Palma.		<input type="checkbox"/> 100€
		<input type="checkbox"/> Altre: <input type="text"/> €

Lloc, data i signatura:

_____ d _____ de 202 _____