



Asociación Española del
Síndrome de Cornelia de Lange
c/. Parera, 9, 1º, 2ª
NIF. 0-61688560
Tel. 936 821 135 Fax, 936 530 718
08740-Sant Andreu de la Barca
email: cornelia@corneliadelange.es
www.corneliadelange.es



FICHA DE ALTA DE ASOCIADOS

Datos de los asociados:

Nombre y Apellidos asociado:

Nombre y Apellidos cónyuge:

Dirección:

Población: CP :

Provincia:

Teléfono: Fax: Móvil:

E-mail:

Datos del hijo/a afectado:

Nombre y apellidos hijo/a:

Edad hijo/a:años Fecha nacimiento hijo/a:/...../.....

DNI:

¿Tienen otros hijos sin CDLS?: SI – NO (marcar con una “x” lo que corresponda) ¿Cuántos?

¿Dónde ha sido diagnosticado?

¿Lleva actualmente algún tipo de tratamiento? SI – NO Por favor escriba qué tratamientos lleva:

.....

.....

.....

Actualmente qué necesidad o preocupación mayor tiene respecto de su hijo/a? Por favor
escribalo

.....

.....

Datos bancarios para asociarse:

Titular de la cuenta:

DNI.:..... ¿Necesita constancia para la declaración de la Renta? SI – NO

Nombre entidad bancaria:

Código entidad: Código oficina:

Digito control: Numero de cuenta:

Para asociarse :

Recibo: (marcar con una “X” lo que corresponda) 4 recibos trimestrales de € 30,00 c/u

2 recibos semestrales de € 60,00 c/u

1 recibo anual de € 120,00

Firma