



A RELLENAR POR LA FECAPAP

Nº de Socio: _____

Fecha de Alta: ____ / ____ / ____

SOCIO FECAPAP

CUOTA MENSUAL:

10 Euros

80 Euros

20 “

100 “

40 “

____ (otra cantidad)

60 “

Apellidos y nombre _____

D.N.I.: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ C. P. _____

Provincia: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

DOMICILIACIÓN BANCARIA

Sr. Director, ruego que a partir de la fecha se sirvan atender con cargo a mi cuenta los recibos que emita la Federación Canaria de Asociaciones Protectoras de Animales y Plantas (FECAPAP).

Banco/Caja de Ahorros: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____

Provincia: _____

--	--	--	--	--

Iban

--	--	--	--	--

Entidad

--	--	--	--	--

Sucursal

--	--

D. C.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nº Cuenta

Titular de la Cuenta: _____

S/C de Tenerife, a de de 20

Firma del Titular

Los datos serán tratados y protegidos según la L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. El titular de los mismos podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante petición escrita dirigida a Fecapap, con domicilio a efectos de notificaciones en Apdo. de Correos 6016, 38007 Santa Cruz de Tenerife.