

	<p style="text-align: center;"><b>OROBAL</b> Asociación de padres de disminuidos físicos y psíquicos</p>	

**SOLICITUD DE COLABORACIÓN**

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_ TELÉFONOS: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ POBLACIÓN \_\_\_\_\_

MUNICIPIO \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

BANCO O CAJA: \_\_\_\_\_

Nº DE CUENTA: - - - - -

CUOTA MENSUAL:  SEMESTRAL:  ANUAL:

CANTIDAD: \_\_\_\_\_ €

Por la presente autorizo a OROBAL a efectuar a los cobros convenidos en el Nº de cuenta arriba reseñado

FIRMA:

Tenerife a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_