

SUSCRIPCION VOLUNTARIA. Rellene este boletín y envíelo a su Banco o Caja.

NOMBRE: .....  
APELLIDOS: .....  
D.N.I.: .....  
DOMICILIO: .....  
C.P.: ..... POBLACION: .....  
PROVINCIA: .....  
TFNO: .....  
E-mail: .....

**Deseo ayudar a los fines de la Asociación Apóstoles de la Divina Misericordia con la periodicidad, cantidad y forma de pago que se indica:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mensual: ..... €.  | <input type="checkbox"/> Trimestral: ..... €. |
| <input type="checkbox"/> Semestral: .....€. | <input type="checkbox"/> Anual: ..... €.      |
| <input type="checkbox"/> Única: ..... €.    |   |

**Forma de pago:**

- Domiciliación bancaria
- Talón a nombra de la Asociación
- Tarjeta de crédito
- Transferencia bancaria

LIBER\_BANK, Nº de Cta.- 2048-0090-89-3404001831

**DOMICILIACION BANCARIA:**

Titular: .....

Cuenta (20 dígitos): \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Banco o Caja: .....

Fecha:

....., a..... de..... de 20.....

FIRMA: \_\_\_\_\_