

# deseo asociarme a tú si puedes

\* Nombre y apellidos..... \* D.N.I.....

Fecha de nacimiento..... Profesión..... \* Teléfono.....

C.Electrónico..... \* Dirección.....

C.P..... \* Localidad..... \* Provincia.....

\* Colaborando con:

- 15 euros/mes  
 45 euros/trimestre  
 90 euros/semestre  
 200 euros/anual  
 ..... euros \*

\* Cada

- Mes  
 Año

\* Autorizo con cargo a mi cuenta número

.....

del banco o caja.....

\* Fecha

\* Firma

tú puedes

Asociación Tú Si Puedes  
ENVIAR POR FAX AL 954222588  
Teléfono: 678553359  
Email: [contacto@tusipuedes.es](mailto:contacto@tusipuedes.es)  
[www.tusipuedes.es](http://www.tusipuedes.es)

Los datos precedidos de asterisco son de obligada cumplimentación.

Los datos serán incorporados a un archivo electrónico. Ud. tiene derecho a conocerlos, rectificarlos o a que se borren del archivo. La asociación entrará en contacto con Ud.