

DATOS DEL REPRESENTANTE ADMINISTRADOR

NOMBRE Y APELLIDOS

DNI

TELÉFONO

CORREO ELECTRÓNICO

DATOS DE LA EMPRESA

DENOMINACIÓN SOCIAL

CIF

EPIG. IAE

ACTIVIDAD

☐ CENTRO DE FORMACIÓN

☐ PROFESIONAL

☐ DOCENTE

DOMICILIO

C. POSTAL

POBLACIÓN

TELÉFONO

TELÉFONO

EMAIL

Nº EMPLEADOS

CENTRO DE FORMACION O ENTIDAD ☐ 20€/mes

Profesional o docente ☐ 15€/mes

NOMBRE DEL BANCO

IBAN (24 DIGITOS)

***TELÉFONO* CONTACTO PARA GRUPOS DE WHATSAPP**

ESTE DOCUMENTO SOLICITA SU ALTA COMO SOCIO EN LA ASOCIACIÓN DE CENTROS (AFORCAM)

En _____ a _____ de _____ de 202

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA