



Fecha Alta Domiciliación: \_\_\_\_\_

Fecha Baja Domiciliación: \_\_\_\_\_

Causa Baja por: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL USUARIO** (si procede)

Nombre \_\_\_\_\_

Apellidos \_\_\_\_\_

A rellenar por la Fundación:

Programa \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso \_\_\_\_\_

Fecha de baja \_\_\_\_\_

Nº Registro \_\_\_\_\_

**DESEO COLABORAR** con la **Fundación Noray Proyecto Hombre Alicante de la Comunidad Valenciana** en su labor de rehabilitación, integración sociolaboral y prevención de las drogodependencias y otras adicciones.

Nombre \_\_\_\_\_

N.I.F.: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Periodicidad

Mensual

Trimestral

Semestral

Anual

Donación

única

Importe:

50,00 €

100,00 €

150,00 €

200,00 €

250,00 €

Otro: \_\_\_\_\_ €

Nº Cuenta Código IBAN para donaciones del Banco  
Sabadell CAM: **ES04-0081-1057-5200-0109-7612**

**Si desea domiciliar la aportación a través de su banco, rellene los siguientes datos:**

**DOMICILIACIÓN BANCARIA**

Entidad: \_\_\_\_\_

Sucursal: \_\_\_\_\_

C.P.: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Cuenta Código IBAN: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

BIC/SWIFT de la Entidad Financiera: \_\_\_\_\_

Estimados Sres.:

Ruego se sirvan atender los recibos  
presentados para su cobro por la Fundación  
Noray Proyecto Hombre Alicante de la C. V.

Firma del titular de la cuenta

Fecha \_\_\_\_\_