



# SOLICITUD

DE PERMANENCIA EN LA ASOCIACIÓN CHF

## Datos personales

APELLIDOS .....

NOMBRE .....

NIF ..... FECHA DE NACIMIENTO .....

DOMICILIO .....

LOCALIDAD ..... CÓDIGO POSTAL .....

PROVINCIA ..... TELÉFONO ( ) .....

ESTADO CIVIL .....

## Datos laborales

NOMBRE EMPRESA .....

FECHA DE CESE EN LA EMPRESA .....

## Datos bancarios

BANCO/CAJA ..... ENTIDAD .....

SUCURSAL ..... DÍGITO DE CONTROL .....

Nº CUENTA .....

DOMICILIO ..... LOCALIDAD .....

CÓDIGO POSTAL ..... PROVINCIA .....

D./Dña. .... con NIF .....

expresa su deseo de seguir perteneciendo a la Asociación CHF, por lo que

# SOLICITA

le sea cargado el importe de la cuota mensual contra los datos bancarios que figuran en este impreso, AUTORIZANDO a la entidad bancaria indicada a satisfacer el pago de los recibos que mensualmente pase al cobro la Asociación Colegio de Huérfanos Ferroviarios, con domicilio en C/ Pirineos 55, 28040 de Madrid y CIF G-28255958

En..... a ..... de ..... de.....

(Firma del solicitante)

