



**HOJA DE SOCIA/O**  
**Asociación de Víctimas del Aborto – AVA**

[www.vozvictimas.org](http://www.vozvictimas.org)

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**Deseo domiciliar en mi banco/caja mi aportación económica:**

Titular de la cuenta \_\_\_\_\_

Entidad	Sucursal	DC	Número de cuenta
□ □ □ □	□ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

**Aportaré una cuota de**  20 euros  30 euros  60 euros  Otra cantidad \_\_\_\_\_ euros

La periodicidad de mi contribución será  mensual  anual

**Realizaré una transferencia bancaria a nombre de Asociación de Víctimas del Aborto - AVA:**

**CAJA MADRID 2038 1170 31 6000424816**

**LA CAIXA 2100 1573 04 0200233397**

**OPEN BANK 0073 0100 56 0439810886**

**Adjunto cheque bancario a nombre de Asociación de Víctimas del Aborto - AVA.**

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Hoja para enviar por e-mail a [prensa@vozvictimas.org](mailto:prensa@vozvictimas.org) o a:**  
**Asociación de Víctimas del Aborto – AVA**

C/ Duque de Sesto, 3-1º int. dcha. A. 28009 Madrid. España.  
Núm. Registro Ministerio del Interior 172.123 y CIF G84237155.

**Teléfono 91 523 86 74**

De acuerdo con lo establecido en la LO15/1999, los datos serán incorporados a un fichero de datos de carácter personal del cual es responsable AVA, para uso interno de acuerdo con los fines de la asociación. Las personas legitimadas para ello podrán ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre dichos datos, mediante notificación por escrito a AVA.