



BOLETÍN DE ESCUELA COLABORADORA
FUNDACION EUROPEA DE MEDICINAS ALTERNATIVAS
F.E.M.A

Escuela: _____ CIF _____
Representante: _____ Cargo: _____
DNI / NIF: _____
Domicilio _____
C.P. _____ Localidad _____
Telf. _____ Fax _____
e-mail _____ Pag. Web: _____

Deseo colaborar con la Fundación con una aportación semestral de :

60,00€ Otra cantidad: _____ €

Domiciliación bancaria:

Ruego atiendan con cargo a mi cuenta los recibos que les sean presentados por F.E.M.A.

Entidad Oficina D.C. Número de Cuenta

_____/_____/____/_____

Fecha: ___/___/_____

Firma:

**Las cantidades donadas tienen la consideración de gasto deducible para las personas físicas o jurídicas de un 25%, según la ley 30/94 art. 68 de Fundaciones y de incentivos fiscales a la participación privada en actividades de interés general.*

F.E.M.A. se compromete a salvaguardar la privacidad de los datos personales de sus socios y colaboradores acogiéndose a la LOPTAD (Ley Orgánica de Protección de Datos)