

## 1. INFORMACIÓN DE CARÁCTER GENERAL

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Tlf. Fijo: \_\_\_\_\_ Tlf. Móvil: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ DNI. / Pasaporte: \_\_\_\_\_

## 2. MODALIDAD DE VÍNCULO CON LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE BUDDHISMO THERAVADA

Indique en qué modalidad desea pertenecer a esta Asociación: socio/a o simpatizante.  
Si elige inscribirse como socio/a, puede abonar la cuota con la periodicidad más cómoda para Vd.

- Socio, cuota/donativo de 10 € mensuales     Socio, cuota/donativo de 30 € trimestrales  
 Socio, cuota/donativo de 60 € semestrales     Socio, cuota/donativo de 120 € anuales  
 Simpatizante. Sin cuota

## 3. POR QUÉ QUIERE PERTENECER A LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE BUDDHISMO THERAVADA

Indique por favor las razones que le han impulsado a solicitar la admisión en la Asociación:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 4. INDIQUE, POR FAVOR, POR QUÉ MEDIOS HA OBTENIDO VD. INFORMACIÓN DE ESTA ASOCIACIÓN

- Por otro socio/a     Por un amigo/a     Internet     En una actividad organizada por nosotros.

## 5. DATOS BANCARIOS Y AUTORIZACIÓN.

Por favor, si desea inscribirse como socio/a, rellene los datos bancarios para que podamos domiciliar los recibos de AEBTHERAVADA, según la modalidad elegida por Vd. en el apartado 2.

Número de Cuenta (incluir los 20 dígitos) \_\_\_\_\_

Autorizo a la Asociación Española de Buddhismo Theravada a domiciliar, para su cobro, los recibos referentes a la cuota suscrita.

Firma

Fecha: \_\_\_\_\_