



COGNOMS																				
NOM																				
ADREÇA																				
C.P.					POBLACIÓ															
Edat:					Data de naixement:															
DNI:						Telèfon:														
Correu-e:						Número de la targeta sanitària o mútua:														
DOMICILIACIÓ BANCÀRIA																				
Desitjo que els rebuts corresponents a la matrícula, quota de soci i l'assegurança del CLUB DE REM ARENYS em siguin carregats al següent compte:																				
Nom i cognoms del titular:																				
CC:																				
ASSEGURANÇA OBLIGATÒRIA Federació Catalana de Rem																				
Quota: 26 €																				
Inclou:																				
<ul style="list-style-type: none"> • mútua asseguradora per accidents esportius durant els entrenaments (MAPFRE) • participació en competicions oficials de rem 																				

El/la sota-signant declara que totes les dades que s'adjunten són certes i sol·licita la seva inscripció al **Club de Rem Arenys**

Firma:

Vist-i-plau Club: