



COFRADIA NUESTRA SEÑORA VIRGEN DEL MENSEGAL

NUMERO DE ORDEN: _____ FECHA DE INGRESO: _____

DATOS DEL COFRADE (menor de edad)

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____

DIRECCION: _____

CODIGO POSTAL: _____ POBLACION: _____ PROVINCIA: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ DNI: _____

EMAIL: _____

DATOS DEL TUTOR

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____

DIRECCION: _____

CODIGO POSTAL: _____ POBLACION: _____ PROVINCIA: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ DNI: _____

EMAIL: _____ TELEFONO: _____

En mi condición de _____, autorizo a _____
para que pertenzca a la COFRADIA NUESTRA SEÑORA VIRGEN DEL MENSEGAL

DOMICILIACION CUOTA

ENTIDAD BANCARIA: _____

Nº CC _____ - _____ - _____ - _____

IMPORTE DE LA CUOTA ANUAL _____ (mínimo 12€/año)

D. _____ autorizo el cobro del importe de la cuota anual.

Endrinal ____ de _____ de 201__