



**Ficha de usuario
CLINICA DENTAL**

Nombre y Apellidos : _____

Móvil: _____

Socio/a: _____

D/D^a: _____

D.N.I.: _____

Como representante de la Asociación de Personas Sordas de

Acredita que la persona cuyos datos se adjuntan, pertenece en calidad de asociado a la citada asociación de Personas Sordas miembro de FeSorCam, lo que firmo a los efectos de su suscripción para dicha actividad.

Firma del representante legal de la Asociación:

Sello de la Asociación: