
FITXA D'INSCRIPCIÓ – MEMBRE ASSOCIAT

A LA JUNTA DIRECTIVA D'ADEPAP

En / Na, en nom i representació de l'empresa, sol·licita la seva admissió com a MEMBRE ASSOCIAT de l'Associació d'Empreses de Control de Plagues de Catalunya (ADEPAP).

FITXA DE SOL·LICITUD

NOM / RAÓ SOCIAL:

ACTIVITAT PROFESSIONAL:

DOMICILI SOCIAL:

Carrer:

Nº: Pis: Població:

Província: C.P: Telèfon:

Fax: e-mail:

NIF:

REPRESENTANT LEGAL:

INSCRIPCIÓ:

Quota d'entrada: **300 €**

Forma de pagament:

en un únic termini de 300 €.

en dos terminis de 150 €.

en un primer termini de 120 € i tres terminis de 60 €.

Quota mensual: **55 €**

DOMICILIACIÓ BANCÀRIA:

Banc:

Entitat: Oficina: Dígits Control: Nº Compte:

Barcelona,de de

Signatura:

Enviar a ADEPAP: adepap@adepap.com o fax 93.496.45.32