

---

## 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](mailto:adepap@adepap.com) o fax 93.496.45.32**