



SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Apellidos _____ D.N.I. _____

Nombre _____ Profesión _____

Calle o Plaza _____ Nº _____ Piso _____ Tfno. _____

Localidad _____ C.P. _____ Provincia _____

Correo electrónico _____

Deseo afiliarme a la AGRUPACIÓN DE TELESPECTADORES Y RADIOYENTES:

a) Como socios de pleno derecho mediante el abono de la cuota

25€ semestral / 50€ anual, mediante recibo domiciliado en la C/C _____ / _____ / _____

b) Socio adherido: sin pago de cuota alguna

Enviar a Agrupación de
Telespectadores y Radioyentes
C/. Artistas nº 2 - 2º - Tel. 91 448 85 15
Fax 91 594 23 51 - 28029 Madrid

Firma _____ a _____ de _____ de 20____