

Solicitud de afiliación a Acype

Nº Socio <input type="text"/>	Nombre Fiscal <input type="text"/>	CIF/NIF <input type="text"/>
----------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------

Nombre Comercial <input type="text"/>	Persona de Contacto <input type="text"/>	Telefono <input type="text"/>
Direccion <input type="text"/>	Poblacion <input type="text"/>	Telefono Particular <input type="text"/>
Web <input type="text"/>	Zona <input type="text"/>	Movil <input type="text"/>
Correo Electronico <input type="text"/>	SubZona <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>

Actividad <input type="text"/>	Descuento entre Socios <input type="text"/>
Descripcion <input type="text"/>	
Palabras Clave Web <input type="text"/>	
Fecha Alta <input type="text"/>	

Datos Domiciliación

Titular Cuenta <input type="text"/>	Entidad <input type="text"/>	Oficina <input type="text"/>	DC <input type="text"/>	Numero <input type="text"/>
Titular Recibo <input type="text"/>				

Sr. Director :

Sírvase abonar con cargo a mi cuenta, los recibos presentados al cobro por Acype.

Atentamente