



Nº Socio
Fecha de alta

DATOS DEL SOCIO

Nombre:

Apellido1:

Apellido2:

DNI:

Domicilio:

C.P:

Isla:

Teléfono:

Móvil:

e-mail:

Profesión:

DOMICILIACION BANCARIA

Caja o Banco

Nº Cuenta (IBAN)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

....., a..... de..... de 201....

FIRMA,

Titular CTA. D/Dª,

DNI

Las cuotas anuales de socio sucesivas serán abonadas a primeros de noviembre, independientemente del mes en que te des de alta.

Asociación de Celíacos de La Provincia de Las Palmas  
 C/ Pino Apolinario, Nº 82 – 35014 LPGC  
 Teléfono: 928 230 147 – 638 811 875  
 asocepa.org@gmail.com

DATOS DEL CELIACO

Nombre:

Apellido1:

Apellido2:

Fecha de nacimiento:

Si es igual que el de la página anterior, no es necesario.

Domicilio:

C.P: Isla

Teléfono e-mail Profesión

Fue diagnosticado/-a como celiaco/-a en (C. Hospitalario):

Por el Dr. /a: Especialista en

Seguimiento: Por el Dr. /a

Diagnóstico con fecha..... Nº de Biopsias.....

Síntomas antes del diagnóstico

.....

.....

Padece otra patología (Diabetes, Dermatitis Herpetiforme, ...)

.....

.....

¿Familiares celíacos?

- Hermano/a
- Padre/madre
- Otros

OBSERVACIONES:

**Asociación de Celíacos de La Provincia de Las Palmas**  
C/ Pino Apolinario, Nº 82 – 35014 LPGC  
Teléfono: 928 230 147 – 638 811 875  
[asocepa.org@gmail.com](mailto:asocepa.org@gmail.com)