



**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE ASOCIADA
— EMPRESAS DISTRIBUIDORAS—**

EMPRESA _____ N.I.F. _____

DOMICILIO _____

C.P. _____ POBLACIÓN _____ PROVINCIA _____

TFNO. _____ CORREO-E _____ WEB _____

FECHA INICIO ACTIVIDAD _____ N° EMPLEADOS _____

PRODUCTOS DISTRIBUIDOS _____

DATOS PERSONALES DEL GERENTE O PERSONA AUTORIZADA

NOMBRE _____ DNI _____

DOMICILIO _____

C.P. _____ POBLACIÓN _____ PROVINCIA _____

TFNO. _____ MÓVIL _____ CORREO-E _____

_____, a ____ de _____ de 20____

FIRMA

asociación de fabricantes y distribuidores de Ortopedia

Rosario Pino 6, 1º B - 282020 MADRID
Telf. 91 571 66 40/41 Fax 91 571 51 29 - e-mail: afdo@afdo.es