

SUSCRIPCIÓN VOZ DE LOS SIN VOZ



NOMBRE: APELLIDOS:

DNI: MAIL: @

CALLE: nº: LOCALIDAD:

CP: PROVINCIA: PAIS:

Teléfono Móvil

DESEO SUSCRIBIRME A LAS EDICIONES VOZ DE LOS SIN VOZ EN LA MODALIDAD DE: (marca con una X)

- | | | |
|---|---------------|--------------------------|
| REVISTA AUTOGESTIÓN COLABORADOR | 15 Eur/2años | <input type="checkbox"/> |
| REVISTA AUTOGESTIÓN AMIGO* | 30 Eur/2años | <input type="checkbox"/> |
| REVISTA AUTOGESTIÓN + LIBROS COLABORADOR | 20 Eur/1 años | <input type="checkbox"/> |
| REVISTA AUTOGESTIÓN + LIBROS AMIGO * | 40 Eur/1 años | <input type="checkbox"/> |
| REVISTA ID Y EVANGELIZAD COLABORADOR | 15 Eur/2años | <input type="checkbox"/> |
| REVISTA ID Y EVANGELIZAD AMIGO* | 30 Eur/2años | <input type="checkbox"/> |
| REVISTA ID Y EVANGELIZAD + LIBROS COLABORADOR | 20 Eur/1 año | <input type="checkbox"/> |
| REVISTA ID Y EVANGELIZAD + LIBROS AMIGO* | 40 Eur/1 año | <input type="checkbox"/> |

EDICIONES VOZ DE LOS SIN VOZ
AVDA MONFORTE DE LEMOS 162
BAJO
28029 MADRID
913734086
[CONTACTA CON NOSOTROS](#)
SI LO DESEAS

Con cargo a mi cuenta, y hasta nuevo aviso, atiendan la presente orden de domiciliación de los recibos que presente el MOVIMIENTO CULTURAL CRISTIANO

Nº CUENTA

		IBAN	ENTIDAD	OFICINA	DC	NÚMERO DE CUENTA
E	S					

DNI:

FIRMA:

FECHA:

* SUSCRIPCIÓN AMIGO (Paga 2 suscripciones y una la recibe una persona del tercer mundo)