

**DATOS DEL TITULAR/PAGADOR**

<b>Nombre y Apellidos</b>			
Domicilio			
Ciudad / Provincia		Código Postal	
NIF/NIE/Pasaporte		Nacionalidad	
Fecha de Nacimiento		Teléfono	
Sexo		Email	

**BENEFICIARIOS LACIBIS COÍN (Distintos del titular)**

<b>1</b>	Nombre		
	Email		
F.Nacimiento:		Sexo	
Teléfono:		DNI	
FIRMA:			

<b>2</b>	Nombre		
	Email		
F.Nacimiento:		Sexo	
Teléfono:		DNI	
FIRMA:			

<b>3</b>	Nombre		
	Email		
F.Nacimiento:		Sexo	
Teléfono:		DNI	
FIRMA:			

<b>4</b>	Nombre		
	Email		
F.Nacimiento:		Sexo	
Teléfono:		DNI	
FIRMA:			

Está interesado en contratar, para sí y/o para terceros, el acceso a las ventajas que pone a su disposición **Policlínica Lacibis Coín S.L.P.**, a través de su servicio **LACIBIS COÍN**.

La cuota anual de **LACIBIS COÍN** será de 69 € para un miembro más 10 € por cada beneficiario.

Deseo **CONTRATAR** la LACIBIS COÍN (desde 69€/año+10€/Beneficiario)

Firma:

Nombre:

DNI: