

Las cuotas anuales de socios sucesivas, serán abonadas a primeros del mes de octubre, independientemente del mes en que se dio de alta.

DATOS DEL CELIACO/A

Nombre:

Apellido 1º:

Apellido 2º:

D.N.I.:

Fecha de nacimiento:

Si es igual que el anterior, no es necesario.

Domicilio:

C.P:

Isla:

Teléfono:

e-mail:

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

Por el Dr. /a:

Especialista en:

Seguimiento Centro:

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 y sensibles al gluten de Canarias

Sede GC: c/ Pino Apolinario, Nº 82 – 35014-LPGC

Teléfono: 928 230 147 – 638 811 875

Sede TF: C/ Juan Rumeu Garcia, 8-38008-SCT

Tlf: 922 089 543 Móvil: 680 835 009

info@asocepa.org

info@celiacostenerife.com