



ASOCIACION DE PERSONAS
CON DISCAPACIDAD AUDITIVA
POSTLOCUTIVA
SALAMANCA

D/Dña _____ como presidente/a de la Asociación de personas con discapacidad auditiva Postlocutiva (SADAP)

CERTIFICA Que:

D/Dña _____, con nº de socio _____ está al corriente con la cuota de la asociación hasta el día de la fecha, para que así conste firmo la presente.

_____ a _____ de _____ de 20__

Fdo: Rosario Yuste Hernández