

## ADHESIÓN COMO MIEMBRO



**Nombre de la asociación:**

**CIF de la Asociación:**

**Dirección:**

**Teléfono de contacto:**

**Fax:**

**Mail:**

**Web:**

**Fecha de fundación:**

**Número de inscripción / Sección / Registro**

---

**Nombre, apellidos y DNI del representante<sup>1</sup> de la Asociación en FEDALMA**

---

Aceptamos los fines de FEDALMA y solicitamos la integración como miembros.

- Creemos que la lactancia materna es un derecho universal de las madres y de sus hijos.
- Trabajamos para la protección, promoción y apoyo a ese derecho.
- No aceptamos donativos o especie que provengan de fabricantes o distribuidores de alimentos infantiles, biberones, tetinas, chupetes así como otros productos relacionados con la alimentación infantil, incluidos los referentes a la lactancia materna.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Firma de la secretaria / o:

Firma de la presidenta / e:

Nombre:.....

Nombre:.....

---

<sup>1</sup> Elegido previamente en asamblea extraordinaria.