



**Solicito ser MIEMBRO COLABORADOR**  
(para grupos de apoyo no constituidos legalmente)

**Nombre del grupo:**

**Dirección:**

**Teléfono de contacto:**

**Fax:**

**Mail:**

**Web:**

**Fecha de fundación:**

**Nombre, apellidos y DNI del representante del grupo en FEDALMA**

---

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

- 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 del representante:

Nombre:.....