



FORMULARIO INSCRIPCIÓN SOCIO/A

DATOS PERSONALES

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____

NIF/NIE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DATOS DE CONTACTO

DOMICILIO: _____

CÓDIGO POSTAL: _____ POBLACIÓN: _____ PROVINCIA: _____

TELÉFONO: _____ TELÉFONO MOVIL: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

CUOTA (selecciona la cantidad con la que quieres colaborar)

Cuota 15€ anual Cuota 30€ anual Cuota 50€ anual Cuota de _____ € anual

DOMICILIACIÓN BANCARIA: _____

ENTIDAD			OFICINA			DC		Nº CUENTA											

Titular de la cuenta: _____

Fecha y firma del titular: _____

OTROS DATOS:

Persona afectada con DCA ó ICTUS Familiar Persona que desea apoyar a la asociación

Acepto política de privacidad: Los datos personales que nos facilites serán incorporados a un fichero de datos de la Asociación de Daño Cerebral e Ictus Vega Baja. La finalidad de dicho fichero es la de gestionar de manera adecuada a los socios, las aportaciones y donaciones, las campañas, y otras acciones, así como mantenerte informado/a de nuestras actividades, a través de cualquier medio de comunicación, incluyendo la vía electrónica.

Puedes ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndote a Asociación de Daño Cerebral e Ictus Vega Baja, C/ Antonio Sequeros, 65 Bajo A 03160, Almoradí Tel: 682.741.423 o a acervega@gmail.com.

OBSERVACIONES:

Daya Vieja, a _____ de _____ de 201

Firmado: _____