

DATOS DE INSCRIPCIÓN ASOCIADO/A

Apelidos		Nome	
NIF/CIF		Data Nacemento	
Dirección		Código Postal	
Concello		Provincia	
Teléfono Fixo		Teléfono Móvil	
Fax		E-mail	
Profesión		Centro de Traballo	
CAUSA DCA	<input type="checkbox"/> ICTUS <input type="checkbox"/> ICTUS ISQUÉMICO <input type="checkbox"/> TUMOR CEREBRAL <input type="checkbox"/> ICTUS HEMORRÁXICO <input type="checkbox"/> TCE <input type="checkbox"/> ANOXIA <input type="checkbox"/> OUTROS _____	Data DCA	

Solicito pertencer a Asociación de Danos Cerebral de Compostela SARELA como:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Socio/a numerario/a | <input type="checkbox"/> Cota mínima: 30€ semestrais | <input type="checkbox"/> Cota voluntaria: _____ € anual |
| <input type="checkbox"/> Socio/a colaborador/a | | <input type="checkbox"/> Cota voluntaria: _____ € anual |
| <input type="checkbox"/> Socio/a con DCA | | <input type="checkbox"/> Cota voluntaria: _____ € anual |

DOMICILIACIÓN BANCARIA PERSOA SOCIA

Titular da Conta			
DNI/CIF		Teléfono	

Pola presente autorizo a Entidade Financeira _____ oficina _____ ó pago semestral (maio e outubro) da cantidade _____ €, libradas pola Asociación de Danos Cerebral de Compostela SARELA a través da miña conta número:

IBAN	ENTIDADE	OFICINA	D.C.	Nº DE CONTA

DATOS PARA FACTURACIÓN (Só no caso de que sexan distintos os da persoa socia)

Nome e Apelidos			
DNI/CIF		Teléfono	
Domicilio			

DOMICILIACIÓN BANCARIA FACTURACIÓN (Só no caso de que sexan distintos os da persoa socia)

IBAN	ENTIDADE	OFICINA	D.C.	Nº DE CONTA

En _____, a _____ de _____ de 20_____

Firma do/a novo/a socio/a

Firma do titular da conta
(so se é distinto da persoa socia)

De conformidade ao disposto na actual normativa de Protección de datos de carácter persoal, informámoslle que o responsable de tratamento dos datos de carácter persoal recollidos é Asociación de Danos Cerebral de Compostela Sarela, cuxa finalidade é poder atender as consultas e calquera tipo de xestión realizada por este medio de comunicación. Os seus datos non se cederán a terceiros, salvo por obriga legal. Ten vostede dereito a acceder, rectificar ou suprimir os datos erróneos, solicitar a limitación do tratamento dos seus datos así como oporse ou retirar o consentimento en calquera momento. Para o mesmo, Asociación de Danos Cerebral de Compostela Sarela dispón de formularios específicos. Pode presentar a súa propia solicitude ou solicitar os nosos formularios, sempre acompañados dunha copia de seu DNI para acreditar a súa identidade en sarela@sarela.org. Pode consultar a información adicional e detallada sobre Protección de datos solicitándoa por correo electrónico a sarela@sarela.org.

CONSINTO:

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Recibir Información Actividades | SI | NON |
| Recibir Boletín Informativo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Toma e Difusión de Imaxes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Outros (indicar cales) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

RECIBIR INFORMACIÓN POLOS SEGUINTE CANLES

- | | | |
|------------------|--------------------------|--------------------------|
| SMS/WHATSAPP | SI | NON |
| Correo Ordinario | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E-mail | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Todos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |