

DATOS DE INSCRICIÓN ASOCIADO/A

Apelidos		Nome	
NIF/CIF		Data Nacemento	
Dirección			Código Postal
Cidade			Provincia
Teléfono 1			Teléfono 2
Fax			E-mail
Profesión			Centro de Traballo
CAUSA DCA	<input type="checkbox"/> ICTUS <input type="checkbox"/> TCE <input type="checkbox"/> OUTROS _____		Data DCA

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

- Socio/a numerario/a
 Cota mínima: 30€ semestrais
 Cota voluntaria: _____ € anual
 Socio/a colaborador/a
 Cota voluntaria: _____ € anual
 Socio/a con DCA
 Cota voluntaria: _____ € anual

DOMICILIACIÓN BANCARIA

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 Dano 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			

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 Dano 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 Dano Cerebral de Compostela Sarela dispón de formularios específicos. Pode presentar a súa propia solicitude ou solicitar a nosos formularios, sempre acompañados dunha copia de seu DNI para acreditar a súa identidade en sarela@sarela.org. Pode consultar a información adicional detallada sobre Protección de datos solicitándoa por correo electrónico a sarela@sarela.org.

Manifesto a aceptación para recibir a seguinte información:

- | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | SI | NON |
| Información Actividades | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Boletín Informativo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Outros (indicar cales) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |