



FORMULARIO INSCRIPCIÓN SOCIO AFACO

Nombre y apellidos.....

Dirección.....

CP:..... Localidad:..... Tel:.....

DNI:.....

EMAIL:.....

Parentesco.....

Titular de la cuenta.....

Nombre del banco o caja.....

Población.....

Número de cuenta: _____ - _____ - _____ - _____

Aportación

Trimestral: 12,47 €

Anual: 49,93 €

Voluntaria:

Sr. Director:

Le ruego se sirvan de atender hasta nuevo aviso los cargos que les envíe AFACO (Asociación de Familiares Enfermos de ALZHEIMER A Coruña).

En a de de 20.....

FIRMA:

PROTECCIÓN DE DATOS: Le informamos que sus datos personales pasarán a formar parte de un fichero responsabilidad de la **ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER DE A CORUÑA** (en adelante **AFACO**) cuya finalidad es la elaboración de la relación actualizada de socios/as, la gestión de las cuotas sociales, y la articulación de sus derechos y obligaciones. Asimismo, salvo indicación en contrario marcando la casilla habilitada a tales efectos, sus datos serán utilizados con la finalidad de remitirle comunicaciones de carácter informativo o divulgativo, relacionadas con fines y actividades de la asociación. Sus datos serán cedidos a la entidad bancaria con la que gestionamos las domiciliaciones de los recibos: No se prevén otras cesiones, salvo las impuestas legalmente.

Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiendo su solicitud por escrito firmado y adjuntando fotocopia de su DNI o documento identificativo equivalente, a AFACO.

No deseo recibir comunicaciones informativas y/o divulgativas.