AFAVILA Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Ávila	**SOLICITUD DE SOCIO**	Edición: 04 Fecha: 11/03/2019

DATOS DEL NUEVO SOCIO

N º Socio

Nombre y Apellidos

Dirección Nº Piso

C.P. Localidad Provincia

Teléfono fijo Móvil e-mail

C.I.F Fecha de nacimiento

Familiar de

Solicito ser admitido como socio en la Asociación de Familiares de Enfermos de Ávila con la obligación de aportar la cantidad anual de……€uros.
(Cuando el alta se produzca en el cuarto trimestre del año, la cantidad mínima a abonar será de 25 €).

DOMICILIACIÓN BANCARIA

Muy Sres míos: ruego carguen en mi cuenta o libreta, hasta nueva orden, los recibos que presente la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Ávila para el pago de mi cuota como socio nº
CÓDIGO CUENTA :↑

Banco o Caja……Agencia……C.P……..…...

Dirección……nº…….Población……Provincia…….

Ávila a …….de……de……

Fdo…….

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS: En virtud de la LO 3/2018, de 5 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personales y garantía de los derechos digitales, y el Reglamento (UE)2016/679, el Responsable del Fichero, Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer, con domicilio en C/ Antonio Veredas nº 84, 05004 Ávila, recoge esta información para llevar a cabo la finalidad indicada en este documento. Acepta y autoriza al Responsable para la utilización de la información recogida en este documento. Se comunicarán estos datos a las Administración Públicas con competencia en la materia. Podrá ejercer los Derechos reconocidos en la legislación vigente (acceso, rectificación, supresión así como otros derechos). Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de datos en www.alzheimeravila.com