

## Inscripción Asociación Síndrome de Angelman

Sí Quiero Colaborar con la Asociación Síndrome de Angelman

### Datos Personales:

Nombre y apellidos:.....Con N.I.F :.....

Domicilio:.....

Localidad:.....CP:.....Provincia: .....

Correo electrónico: .....Telf. Móvil :.....

Quiero hacerme socio de la Asociación Síndrome de Angelman pagando una cuota de:

- Mensual de: .....Euros
- Trimestral de: .....Euros
- Semestral de:..... Euros
- Anual de:.....Euros

### Datos Bancarios:

Nombre de la Entidad:.....

Dirección del Banco:.....CP:.....

Localidad: .....Prov:.....

Código Cuenta Cliente.( CCC): IBAN .....

Ruego abonen hasta nueva orden y con cargo a mi cuenta, cuyos datos figuran arriba, los recibos que presente la Asociación Síndrome de Angelman.

Les saluda atentamente:

Fecha: .....a.....de..... 20....

Firmado:

Los datos que nos facilita serán incluidos en el fichero de Asociación Síndrome de Angelman. Podrás ejercitar los derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición por escrito a Asociación Síndrome de Angelman, Paseo de las Delicias, nº 30, 2ª planta, CP: 28045 - Madrid (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre).

\* Una vez rellenada la ficha enviar a ASOCIACIÓN SINDROME DE ANGELMAN. Paseo de las Delicias, nº 30, 2ª planta, CP: 28045 - Madrid\* O a [info@angelman-asa.org](mailto:info@angelman-asa.org)