

Inscripción Asociación Síndrome de Angelman

Datos Personales:

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

Domicilio:.....

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

Correo electrónico:Telf. Móvil :.....

Solicita ser admitido como miembro de la Asociación Síndrome de Angelman.

Domiciliación Bancaria:

Nombre y Apellidos del Titular de la Cuenta:

Domicilio: Código Postal:

Localidad: Provincia:.....

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 trimestralmente 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 SÍNDROME DE ANGELMAN. Paseo de las Delicias, nº 30, 2ª planta, CP: 28045 - Madrid* O a info@angelman-asa.org

Cláusula de Información para Asociados

INFORMACIÓN PROTECCIÓN DE DATOS: RESPONSABLE: ASOCIACION SINDROME ANGELMAN, G61295051, PASEO DE LAS DELICIAS, Nº 30, 2ª PLANTA, CP: 28045 – MADRID.

FINALIDAD: Gestión del alta como usuario y tratamiento de datos de salud para la tramitación de casos atendidos, cumplir con las funciones y fines descritos en los Estatutos y, remitirle comunicaciones informativas y comerciales relacionadas con la asociación, inclusive por medios electrónicos.

LEGITIMACIÓN: Ejecución del acuerdo de afiliación, consentimiento del interesado al tratamiento de datos de salud e interés legítimo en remitirle informaciones comerciales de interés para nuestro ámbito.

CESIONES: Organismos públicos y/o privados necesarios para nuestros fines y para la concesión y control de ayudas o subvenciones y, otras legalmente previstas.

CONSERVACIÓN: Durante alta en la entidad o la tramitación del caso por parte de la entidad y, finalizada ésta, durante los plazos exigidos por ley para atender eventuales responsabilidades. **DERECHOS:** Puede ejercer su derecho de acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación y oposición dirigiéndose a los datos del responsable. En caso de divergencias, puede presentar una reclamación ante la Agencia de Protección de Datos (www.aepd.es).

- NO DESEO RECIBIR INFORMACIÓN COMERCIAL
- AUTORIZO EL ENVIO DE MENSAJES DE LA ASOCIACION POR DIFERENTES MEDIOS DE COMUNICACION
- AUTORIZO EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS DE SALUD.
- AUTORIZO LA CESIÓN DE MIS DATOS A ORGANISMOS PÚBLICOS Y/O PRIVADOS ENCARGADOS DE LA CONCESIÓN DE AYUDAS O SUBVENCIONES Y ÚNICAMENTE PARA LLEVAR UN CONTROL DE LAS MISMAS.

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

Firmado: