

SOLICITUD DE SOCIO

Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y Senil de La Línea de la Concepción
C.I.F.: G-11461183

Teléfono de Contacto: 956763853 Fax: 956762652 e-mail: afalalinea@hotmail.com

Apellidos*			
Nombre*			
D.N.I.*			
Dirección*			
Población*			
C.P*		Provincia*	
Teléfono		e-mail	

Familiar Afectado	SÍ	NO	Parentesco	
Nombre y Apellidos				

Rellenar los campos marcados con asterisco (*) obligatoriamente

Cuota económica mensual		€	Cuota mínima 5 €/mes
-------------------------	--	---	----------------------

Sr/a. Director/a de Banco/Caja de Ahorros, ruego a usted que con cargo a mi C.C.C.:															

Acepte los recibos que le sean presentados por AFA La Línea por importe de		€
mensuales hasta nuevo aviso.		

Complete íntegramente el formulario al objeto de que se pueda gestionar su inscripción como socio. Todos los datos tienen carácter obligatorio.

Mediante la cumplimentación del presente formulario acepta y autoriza expresamente que sus Datos Personales sean tratados por **A.F.A. LA LÍNEA**, con domicilio social en **C/ La Estrella s/n, La Línea de la Concepción 11300 (Cádiz)**, con la finalidad de gestionar su inscripción como socio, así como para el envío periódico de información sobre nuestras actividades y servicios.

De acuerdo con la legislación vigente, el titular de los datos tiene el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos. Para ejercitar estos derechos, los solicitantes pueden dirigirse por correo postal a la dirección antes indicada.

El titular de los datos personales garantiza y responde, en cualquier caso, de la veracidad de los datos personales facilitados y se compromete a facilitar cualquier actualización de los mismos.

En La Línea, a		de		de	
----------------	--	----	--	----	--

(firma)
Firmado D/dña.