



# Associació de Familiars de malalts d'Alzheimer del Baix Llobregat

Nº Soci:

## Full d'inscripció de nou soci

Nom \_\_\_\_\_ NIF. \_\_\_\_\_

Data de Naixement \_\_\_\_\_ Data d'inscripció \_\_\_\_\_

Adreça \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ pis \_\_\_\_\_

Codi Postal \_\_\_\_\_ Població \_\_\_\_\_

Província \_\_\_\_\_

Telèfon \_\_\_\_\_ Mòbil \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

<b>Tipus Quota:</b>	<input type="checkbox"/> Soci:	Anual	60 €
	<input type="checkbox"/> Soci col·laborador:	Anual	_____ €

### Domiciliació Bancària - IBAN:

E	S																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data:

Signatura:

En compliment de la normativa vigent en matèria de protecció de dades personals (Llei 15/1999 de 13 de desembre de Protecció de Dades de Caràcter Personal) l'informem que en emplenar aquest imprès vostè accepta que les seves dades personals figurin en el nostre fitxer i autoritza el seu tractament, amb la finalitat de poder complir amb la seva petició. Els destinataris d'aquesta informació únicament seran els departaments en què s'organitza ASSOCIACIÓ DE FAMILIARS DE MALALTS D'ALZHEIMER DEL BAIX LLOBREGAT (Responsable del Fitxer). Si vostè ho desitja podrà exercir el seu dret d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició al tractament de dades, dirigint-se per escrit al Departament d'Atenció a l'afectat de ASSOCIACIÓ DE FAMILIARS DE MALALTS D'ALZHEIMER DEL BAIX LLOBREGAT, c / Eusebi Soler, 1, 1r 1a, el Prat de Llobregat -08820- (Barcelona), acompanyat d'una còpia del seu DNI.

### A lliurar pel soci al seu banc

Sr. Director del Banc / Caixa \_\_\_\_\_, prego acceptin els rebuts presentats per l'Associació de Familiars de malalts d'Alzheimer del Baix Llobregat, carregant l'import al compte/llibreta d'estalvi referenciat:

Titular del compte \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

### Domiciliación Bancaria - IBAN:

E	S																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data:

Signatura:



# Asociación de Familiares de enfermos de Alzheimer del Baix Llobregat

Nº Socio:

## Hoja de inscripción de nuevo socio

Nombre \_\_\_\_\_ NIF. \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de inscripción \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ piso \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

<b>Tipo de Cuota :</b>	<input type="checkbox"/> Socio:	Anual	60 €
	<input type="checkbox"/> Socio colaborador:	Anual	_____ €

### **Domiciliación Bancaria - IBAN:**

E	S																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha:

Firma:

En cumplimiento de la normativa vigente en materia de protección de datos personales (Ley 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal) le informamos que al cumplimentar este impreso usted acepta que sus datos personales figuren en nuestro fichero y autoriza su tratamiento, con la finalidad de poder cumplir con su petición. Los destinatarios de esta información únicamente serán los departamentos en los que se organiza ASSOCIACIÓ DE FAMILIARS DE MALALTS D'ALZHEIMER DEL BAIX LLOBREGAT (Responsable del Fichero). Si usted lo desea podrá ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de datos, dirigiéndose por escrito al Departamento de Atención al afectado de ASSOCIACIÓ DE FAMILIARS DE MALALTS D'ALZHEIMER DEL BAIX LLOBREGAT, C/ Eusebi Soler, 1, 1º 1º, El Prat de Llobregat -08820- (Barcelona), acompañado de una copia de su DNI.

### **A entregar por el socio en su banco**

Sr. Director del Banco / Caja \_\_\_\_\_, le ruego acepten los recibos presentados por la Asociación de Familiares de enfermos de Alzheimer del Baix Llobregat, cargando el importe en la cuenta/libreta de ahorro referenciada:

Titular de la cuenta \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

### **Domiciliación Bancaria - IBAN:**

E	S																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha:

Firma: