



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

Nº Soci:

## FULL INSCRIPCIÓ SOCI

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

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

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

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

Província \_\_\_\_\_

Telèfon \_\_\_\_\_ Mòbil \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

Tipus Quota:

<input type="checkbox"/>	Soci:	Anual	70 €
<input type="checkbox"/>	Soci col.laborador:	Anual	_____ €

Domiciliació Bancària - IBAN:

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

Data:

Signatura:

### Reglament General de Protecció de Dades (RGPD)

Responsable del Tractament de les dades: A.F.A. BAIX LLOBREGAT - G61516746, amb domicili a C/ Eusebi Soler núm. 1, 1r-1a. 08820 El Prat de Llobregat. Telèfon 933790022. Mail: comunicacio@afabaix.org

En nom d'A.F.A. BAIX LLOBREGAT l'informem que en emplenar el present imprès vostè accepta que tractem la informació que ens facilita per tal de poder gestionar la seva petició d'inscripció. Les dades proporcionades es conservaran mentre es mantingui la nostra vinculació o durant els anys necessaris per complir amb les obligacions legals. Les dades no se cediran a tercers excepte en els casos en què hi hagi una obligació legal. Vostè té dret a obtenir confirmació sobre si a l'A.F.A. BAIX LLOBREGAT estem tractant les seves dades personals, per tant té dret a accedir a aquestes, rectificar les inexactes o sol·licitar-ne la supressió quan ja no siguin necessàries, via el mail comunicacio@afabaix.com. Podeu consultar la informació addicional i detallada sobre Protecció de Dades a la nostra pàgina web [www.afabaix.org](http://www.afabaix.org).

-----  
**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 c/c \_\_\_\_\_ e/l libreta 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 INSCRIPCIÓN SOCIO

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

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

Dirección \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ piso \_\_\_\_\_

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

Provincia \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

Tipo de Cuota :

<input type="checkbox"/>	Socio:	Anual	70 €
<input type="checkbox"/>	Socio colaborador:	Anual	_____ €

Domiciliación Bancaria - IBAN:

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

Fecha:

Firma:

### Reglamento General de Protección de Datos (RGPD)

Responsable del Tratamiento de los datos: A.F.A. BAIX LLOBREGAT - G61516746, con domicilio en C/ Eusebi Soler núm. 1, 1º-1ª. 08820 El Prat de Llobregat. Teléfono 933790022. Mail: comunicacio@afabaix.org

En nombre de A.F.A. BAIX LLOBREGAT le informamos que al rellenar el presente impreso usted acepta que tratemos la información que nos facilita con la finalidad de poder gestionar su petición de inscripción. Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga nuestra vinculación o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que haya una obligación legal. Usted tiene derecho a obtener confirmación sobre si la A.F.A. BAIX LLOBREGAT está tratando sus datos personales, por lo tanto, tiene derecho a acceder los mismos, rectificar los inexactos o solicitar su supresión cuando ya no sean necesarios, vía el mail comunicacio@afabaix.com.

Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web [www.afabaix.org](http://www.afabaix.org).

**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: