

ASOCIACION DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER

FICHAS DE SOCIOS o COLABORADOR

NOMBRE SOCIO:		
DIRECCIÓN:		
C.POSTAL:	POBLACION:	PROVINCIA:
D.N.I.:	FECHA NACIMIENTO:	PROFESION:
MOVIL:	TELEFONO	PARENTESCO C/ ENFERMO
CORREO ELECTRONICO:		

NOMBRE DEL ENFERMO:		
DIRECCIÓN:		
C.POSTAL:	POBLACION:	PROVINCIA:
D.N.I.:	FECHA NACIMIENTO:	PROFESION:
MOVIL:	TELEFONO:	

Como Asociado abonare la cuota de _____ Euros. En un pago _____
A favor de la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer "ALZHE" Cádiz.
En Cádiz _____ de _____ del año 201_

Firma del Titular:

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA

Nombre y Apellidos (Titular de la Cta.) _____
D.N.I.: _____ Banco o Caja _____

CODIGO CUENTA CLIENTE

ENTIDAD	SUCURSAL	D.C.	Nº CUENTA

Deseo colaborar con la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer "ALZHE" Cádiz

- Mensual 4,00€
 Trimestral 12,00€
 Anual 48,00€

Firma:

Cádiz a _____ de _____ de 201_

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, ALZHE CADIZ le informa que sus datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento, van a ser incorporados para su tratamiento en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad el registro de asociado. Si lo desea, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición previstos por la Ley, dirigiendo un escrito a la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Cádiz Pza Madrid S/Nª Esquina Calle Conil de la Frontera 11010 Cádiz

F1.1