



CALLE NORTE Nº 7
28720 BUSTARVIEJO
(MADRID)
Teléfono: 626 18 56 16

CIF: G87369252
www.amcme.es
correo: amcresp@gmail.com

INSCRIPCIÓN ASOCIACIÓN MACROCEFALIA MALFORMACIÓN CAPILAR ESPAÑA

Nombre/Razón Social.....
Apellidos:
N.I.F.//CIF:
Dirección:
Código Postal: Población: Provincia:
Teléfono fijo: Teléfono Móvil:
Email:
Nombre persona afectada:.....Parentesco.....

Solicita ser admitido como socio de la Asociación Macrocefalia Malformación Capilar España

- Socio de Número (tiene voz y voto. Ej: Familiar más directo del afectado, tutor....) 60€/año
 Colaborador (Cualquiera persona física o jurídica que desee colaborar): 10€/año
 Otra cantidad:.....€/año Aportación puntual:.....€

OPCIONES DE ABONO DE CUOTAS:

- Domiciliación Bancaria**

DATOS BANCARIOS

Nombre y Apellidos del Titular de la cuenta
Dirección:
Código Postal: Población: Provincia:
Nombre de la Entidad:
Dirección:
Código Postal: Población: Provincia:

IBAN	ENTIDAD	OFICINA	D.C.	NÚMERO DE CUENTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ruego abonen hasta nueva orden y con cargo a mi cuenta, cuyos datos figuran arriba, los recibos que anualmente presente la Asociación Macrocefalia Malformación Capilar España.

- Ingreso en la cuenta de la Asociación Macrocefalia Malformación Capilar España**

IBAN: ES62 2100 6351 9302 0007 9742

Una vez rellenada la ficha enviar a AMCME c/ Norte nº 7 28720 Bustarviejo (Madrid) o al email: amcresp@gmail.com

Fecha:

Firma:

INFORMACIÓN PROTECCIÓN DE DATOS: RESPONSABLE: ASOCIACIÓN MACROCEFALIA MALFORMACIÓN CAPILAR ESPAÑA (G87369252) C/NORTE, 7 28720 Bustarviejo (MADRID), amcresp@gmail.com. **FINALIDAD:** Gestión de 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 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.