



FORMULARIO INSCRIPCIÓN DE SOCIO

ASOCIACION MACROCEFALIA MALFORMACIÓN CAPILAR ESPAÑA

CALLE NORTE Nº 7
28720 BUSTARVEJO
(MADRID)
Teléfono: 626689433
636445385
CIF: G87369252
www.amcme.es
correo: amcmesp@gmail.com

Para poder registrar tu solicitud de socio correctamente es importante que todo esté bien informado.
Es imprescindible que rellenes todos los datos de este formulario y lo envíes al mail amcmesp@gmail.com,
¡Muchas gracias por tu colaboración!

Nombre/Razón Social.....
Apellidos:
N.I.F.//CIF:
Dirección:
Código Postal: Población: Provincia:
Teléfono fijo: Teléfono Móvil:
Parentesco Email:.....
Datos afectado
Nombre y apellidos..... Fecha nacimiento.....
Solicito ser admitido como socio de la Asociación Macrocefalia Malformación Capilar España

Socio (tiene voz y voto. Ej: Familiares más directos del afectado, tutor/es):
Cuota anual por familia 80€

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.

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

Fecha:

Firma:

INFORMACIÓN PROTECCIÓN DE DATOS: RESPONSABLE: ASOCIACION MACROCEFALIA MALFORMACION CAPILAR ESPAÑA (G87369252) C/NORTE, 7 28720 Bustarviejo (MADRID), amcmesp@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 INFORMACION COMERCIAL.
- AUTORIZO EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS DE SALUD.
- AUTORIZO LA CESION DE MIS DATOS A ORGANISMOS PÚBLICOS Y/O PRIVADOS ENCARGADOS DE LA CONCESION DE AYUDAS O SUBVENCIONES Y ÚNICAMENTE PARA LLEVAR UN CONTROL DE LAS MISMAS.