



# FORMULARIO INSCRIPCIÓN DE SOCIO

ASOCIACION MACROCEFALIA MALFORMACIÓN CAPILAR ESPAÑA

CALLE NORTE Nº 7  
28720 BUSTARVIEJO  
(MADRID)  
Teléfono: 626689433  
636445385  
CIF: G87369252  
www.amcme.es  
correo: [amcmesp@gmail.com](mailto: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](mailto:amcmesp@gmail.com),  
¡Muchas gracias por tu colaboración!

Nombre/Tutor/a.....  
Apellidos: .....  
N.I.F.//CIF: .....  
Dirección: .....  
Código Postal: .....Población: ..... Provincia: .....  
Teléfono fijo: .....Teléfono Móvil: .....  
Parentesco .....Email:.....

Nombre/Tutor/a.....  
Apellidos: .....  
N.I.F.//CIF: .....  
Dirección: .....  
Código Postal: .....Población: ..... Provincia: .....  
Teléfono fijo: .....Teléfono Móvil: .....  
Parentesco .....Email:.....

## Datos afectado

Nombre y apellidos.....Fecha nacimiento.....

Solicito el cambio a socio familiar 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

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 rellenada la ficha enviar a AMCME c/ Norte nº 7 28720 Bustarviejo (Madrid) o al email: [amcmesp@gmail.com](mailto:amcmesp@gmail.com)

Fecha: .....

Firma: .....

INFORMACIÓN PROTECCION DE DATOS: RESPONSABLE: ASOCIACION MACROCEFALIA MALFORMACION CAPILAR ESPAÑA (G87369252) C/NORTE, 7 28720 Bustarviejo (MADRID), [amcmesp@gmail.com](mailto: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](http://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.