



FORMULARIO INSCRIPCIÓN COLABORADOR

ASOCIACION MACROCEFALIA MALFORMACIÓN CAPILAR ESPAÑA

Entidad de Utilidad Pública

CALLE NORTE Nº 7
28720 BUSTARVEJO
(MADRID)
Teléfono: 626689433
636445385
CIF: G87369252
<http://amcme.es/>
correo: contacto@amcme.es

Para poder registrar tu solicitud de colaborador correctamente y obtener el certificado para deducciones fiscales es importante que todo esté bien informado. Es imprescindible que rellenes todos los datos de este formulario y lo envíes al mail contacto@amcme.es

IMPORTANTE: SOLO PUEDE DESGRAVAR EL TITULAR DE LOS DATOS BANCARIOS

¡Muchas gracias por tu colaboración!

Nombre/Razón Social.....

Apellidos:

N.I.F/CIF:

Dirección:

Código Postal: Población: Provincia:

Teléfono fijo: Teléfono Móvil:

Email:.....

Solicito ser admitido como colaborador de la Asociación Macrocefalia Malformación Capilar España

Colaborador (Cualquiera persona física o jurídica que desee colaborar):
Derecho a opinión (voto No) y Participación en eventos de AMCME

Cantidad:.....€ Aportación anual

Aportación trimestral

Aportación mensual

DATOS BANCARIOS

Nombre y Apellidos del Titular de la cuenta

Dirección: N.I.F/CIF:

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 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: contacto@amcme.es

Fecha:

Firma:

INFORMACIÓN PROTECCION DE DATOS: RESPONSABLE: ASOCIACION MACROCEFALIA MALFORMACION CAPILAR ESPAÑA (G87369252) C/NORTE, 7 28720 Bustarviejo (MADRID), contacto@amcme.es
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.