



FORMULARIO INSCRIPCIÓN DE SOCIO

ASOCIACION MACROCEFALIA MALFORMACIÓN CAPILAR ESPAÑA

Entidad de Utilidad Pública

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

Para poder registrar tu solicitud de socio 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@ammce.es

IMPORTANTE: SOLO PUEDE DESGRAVAR EL TITULAR DE LOS DATOS BANCARIOS

¡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.....Diagnóstico

Solicito ser 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€

DATOS BANCARIOS Domiciliación Bancaria

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 AMMCE c/ Norte nº 7 28720 Bustarviejo (Madrid) o al email: contacto@ammce.es

Fecha:

Firma:

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