

Entidad Declarada de UTILIDAD PÚBLICA
Miembro de la Federación Internacional de Esclerosis Múltiple
Miembro de COCEMFE

FICHA DE ADHESIÓN

DATOS PERSONALES

Apellidos (*)		Nombre (*)		DNI o NIF (*)			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Domicilio (*)							
<input type="text"/>							
Cod.Postal (*)		Población (*)		Provincia (*)			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Teléf. Fijo		Teléf. Móvil		Teléf. Trabajo		e-mail	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Fecha nacimiento		Lugar nacimiento		Afectado (*)		Enfermedad	
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="text"/>	

CUOTA (*)

Importe cuota anual:	<input type="checkbox"/> 104,00 €/año	Forma de pago en:	<input type="checkbox"/> 1 recibo anual
	<input type="checkbox"/> 40,00 €/año		<input type="checkbox"/> 2 recibos semestrales
	<input type="checkbox"/> _____ €/año		
La gestión de cobro de la cuota será realizada por: <input type="checkbox"/> AEDEM-COCEMFE <input type="checkbox"/> Asociación miembro			

DATOS BANCARIOS (*)

IBAN					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre de la Entidad Bancaria					
<input type="text"/>					

La firma del presente documento supone la adhesión como socio de la Asociación Viguesa de Esclerosis Múltiple de Pontevedra, así como la adhesión como colaborador de la Asociación Española de Esclerosis Múltiple (AEDEM-COCEMFE) .

Deberá cumplimentar y firmar el consentimiento informado sobre la Ley de Protección de Datos (al dorso de este documento).

_____ a _____ de _____ de _____	
¿Desea recibir la revista de AEDEM-COCEMFE?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (*)	
Para tener opción a recibir la revista de AEDEM-COCEMFE la cuota deberá ser como mínimo de 40,00 €/año	
Firmado: _____	

(*) Dato de cumplimentación obligatoria

Consentimiento Informado sobre Protección de Datos

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos personales serán tratados y quedarán incorporados en los ficheros de:

ASOCIACIÓN VIGUESA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE PONTEVEDRA con el fin de realizar la gestión administrativa de los Socios, la gestión de los servicios recibidos y de informarle de los servicios y actividades de esta Asociación.

En este sentido, usted consiente de forma expresa a que sus datos sean tratados por esta Asociación para dar cumplimiento a las finalidades indicadas.

Del mismo modo, le informamos que usted consiente de forma expresa:

- A que sus datos personales sean cedidos a Organismos y Entidades con el fin de gestionar la solicitud y justificación de subvenciones y ayudas económicas o de cualquier otro tipo a favor de esta Asociación.
- A que sus datos personales sean cedidos a las Federaciones o Agrupación de Asociaciones, a las que pertenezca esta Asociación, entre las que se encuentra la Asociación Española de Esclerosis Múltiple (AEDEM-COCEMFE), para su gestión administrativa y elaboración de informes y estadísticas.
- A que las imágenes, fotografías y videos, tomadas en actos o actividades organizados por esta Asociación puedan aparecer en memorias, revistas, pagina Web o cualquier otro tipo de publicación o material orientado a la información y difusión de los fines de esta Asociación.
- A que su nombre y dirección postal sean cedidos para su tratamiento a empresas de preparación y envío de correspondencia.

En los siguientes puntos, marcar con una X SÓLO en caso de NO autorización.

- No autorizo el envío de información por **correo ordinario**.
- No autorizo el envío de información por **correo electrónico (e-mail)**.
- No autorizo el envío de información por **SMS al teléfono móvil**.

Asimismo, le informamos que usted puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición enviando escrito firmado y fotocopia de documento oficial que le identifique, en la siguiente dirección:

ASOCIACIÓN VIGUESA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE PONTEVEDRA

C/ Camilo Viega, 44 Planta Baja

36208-Vigo (Pontevedra)

_____ de _____ de _____

En caso de producirse alguna modificación de sus datos, rogamos lo comunique por escrito con el fin de mantener nuestros ficheros actualizados.

Firma:

- Socio
- Tutor, Representante Legal o Familiar