

VI CARREIRA SOLIDARIA POLA ESCLEROSE MÚLTIPLE

DORSAL 0

NOME	APELIDOS	DNI

XÉNERO	DATA DE NACEMENTO (DD/MM/AAAA)
<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	

POBOACIÓN ONDE RESIDE	CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	NACIONALIDADE

MÓBIL	E-MAIL (Recibirá notificacións do evento)

¿CAL VAI SER O SEU DONATIVO?					
<input type="checkbox"/> 3,00 €	<input type="checkbox"/> 5,00 €	<input type="checkbox"/> 8,00 €	<input type="checkbox"/> 10,00 €	<input type="checkbox"/> OUTRO:	

Vigo, ____ de _____ de 2018

<i>Sinatura</i>

DORSAL 0

RECIBIDO:

Data:

Selo e sinatura:

€

Contacto:

ASOCIACIÓN VIGUESA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE PONTEVEDRA (AVEMPO) Rúa Camilo Veiga, 44 – Planta Baixa 36208 BOUZAS, Vigo			
986 29 88 65	 685 11 33 98	avempovigo@hotmail.com	   eumovomepolaem

ASOCIACIÓN VIGUESA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE PONTEVEDRA

CLAUSULA INFORMATIVA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS:

Responsable: Identidade: ASOCIACIÓN VIGUESA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE PONTEVEDRA
CIF: G-36.816.106; Dir. Postal: Calle Camilo Veiga, 44 Baixo - 36208, Vigo, Pontevedra; Teléfono: 986 298 865;
Correo Electrónico: avempovigo@hotmail.com

En nome da asociación tratamos a información que nos facilita co fin de prestarlle o servizo solicitado, e realizar a facturación do mesmo. Os datos proporcionados conservaranse mentres se manteña a relación comercial ou durante os anos necesarios para cumprir coas obrigacións legais.

Cederanse os datos a A.D. VIGO SE MUEVE coa finalidade de realizar a **xestión da contabilidade da proba**, ademais doutras cesións nos casos en que exista unha obrigación legal.

Vostede ten dereito a obter confirmación sobre se en ASOCIACIÓN VIGUESA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE PONTEVEDRA estamos a tratar os seus datos persoais, por tanto ten dereito a acceder aos seus datos persoais, rectificar os datos inexactos ou solicitar a súa supresión cando os datos xa non sexan necesarios.

*Autorizo o uso dos datos persoais necesarios:

	NOME E APELIDOS	DNI	SINATURA
<input type="checkbox"/> SÍ			
<input type="checkbox"/> NON		Vigo, ___ de _____ de 2018	

*Autorizo o envío de información sobre servizos relacionados cos solicitados:

	NOME E APELIDOS	DNI	SINATURA
<input type="checkbox"/> SÍ			
<input type="checkbox"/> NON		Vigo, ___ de _____ de 2018	

AUTORIZACIÓN DE PROTECCIÓN DE DATOS PARA O USO DE IMAXES:

Responsable: Identidade: ASOCIACIÓN VIGUESA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE PONTEVEDRA
CIF: G-36.816.106; Dir. Postal: Rúa Camilo Veiga, 44 Baixo - 36208, Vigo, Pontevedra; Teléfono: 986 298 865;
Correo Electrónico: avempovigo@hotmail.com

Mediante esta autorización solicitamos o seu consentimento expreso para a publicación das **fotografías e vídeos onde apareza, que fosen captadas durante o evento, con fins publicitarios e divulgativos. As imaxes publicaranse nas canles oficiais da asociación, tanto escritos como na internet: páxina web, redes sociais ou publicacións impresas.**

Con esta finalidade cederanse os datos á empresa A. D. VIGO SE MUEVE, ademais doutras cesións nos casos en que exista unha obrigación legal.

Vostede ten dereito a obter confirmación sobre se en ASOCIACIÓN VIGUESA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE PONTEVEDRA estamos a tratar os seus datos persoais, por tanto ten dereito a acceder aos seus datos persoais, rectificar os datos inexactos ou solicitar a súa supresión cando os datos xa non sexan necesarios.

	NOME E APELIDOS	DNI	SINATURA
<input type="checkbox"/> SÍ			
<input type="checkbox"/> NON		Vigo, ___ de _____ de 2018	