



A.P.E.R. Asociación de personas con espondilitis y enfermedades reumáticas de Aranjuez

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE SOCIO

DATOS PERSONALES

Nombre: _____
Apellidos: _____
Domicilio: _____
CP: _____, Población: _____, Provincia: _____
D.N.I.: _____, Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
Teléfono: _____, Teléfono Móvil: _____; Fax: _____
Email: _____

RELACIÓN DEL SOCIO CON ENFERMEDAD REUMÁTICA

Persona con enfermedad reumática. NO ___ SI ___ ¿Cual? _____
Familiar (especificar parentesco): _____
Profesional (especificar especialidad): _____
Otra: _____
Discapacidad: NO: ___ SI: ___, Grado: ____; Movilidad Reducida: NO: ___ SI: ___, Grado: ____

DATOS BANCARIOS

Titular de la cuenta: _____
Entidad bancaria: _____

CC:

ENTIDAD				OFICINA				CD		Nº DE CUENTA																		

En _____, a _____ de _____ de _____

FIRMA:

Protección de datos: Le informamos que sus datos personales pasarán a formar parte de un fichero responsabilidad de **APER Aranjuez** cuya finalidad es la elaboración de la relación actualizada de socios/as, la gestión de las cuotas sociales y la articulación de sus derechos y obligaciones. Así mismo, salvo indicación en contrario marcando la casilla habilitada a tales efectos, sus datos serán utilizados con la finalidad de remitirle comunicaciones de carácter informativo o divulgativo, relacionadas con fines y actividades de la asociación. Sus datos serán cedidos a la entidad bancaria con la que gestionamos las domiciliaciones de los recibos. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiendo su solicitud por escrito firmado y adjuntando fotocopia de su DNI o documento identificativo equivalente a la asociación.

Deseo recibir comunicaciones informativas y/o divulgativas: SI NO