ASAENES
Villegas y Marmolejo 2, Pasaje, Portal M
41005 SEVILLA
Teléfono 954 932 584
Fax 954 663 509

Impreso para colaborar con ASAENES

DATOS DEL SOCIO

Nombre y apellidos……

Dirección.....

Localidad..... CP……Provincia……

NIF/CIF…… Teléfono…… Móvil……

e-mail……

DESEO AYUDAR A ASAENES COMO SOCIO Familiar Allegado

☐ Con una cuota **trimestral** de 21,00 €

☐ Con una cuota **anual** de 84,00 €

☐ Con una cuota trimestral de…… €

☐ Con una cuota anual de…… €

☐ Con una donación de…… €

DOMICILIACIÓN BANCARIA

Sr. Director del Banco o Caja de Ahorros.....

Dirección.....

Localidad..... CP……Provincia……

Código completo de la cuenta

Entidad Oficina D.C. Número de la cuenta

Muy Sr. mío:

Le ruego se sirva pagar con cargo a mi cuenta arriba indicada y hasta nuevo aviso, los recibos que le sean presentado por la asociación ASAENES en concepto de Cuota de Socio a nombre de

Firma (El titular)

Titular D/Dª..... DNI.....

Información sobre Protección de Datos

Los datos recabados, conforme a lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal serán incluidos en un fichero inscrito en el Registro General de Protección de Datos cuyo responsable es la ASOCIACION DE ALLEGADOS DE ENFERMOS ESQUIZOFRÉNICOS (en adelante "Responsable del Fichero") con CIF nº G-41240664.

La finalidad de esta recogida de datos de carácter personal es la gestión económica, contable y fiscal de las relaciones con nuestros socios; finalidades éstas coincidentes con las declaradas ante la Agencia Española de Protección de Datos.

En consecuencia, Vd. da, como titular de los datos, su consentimiento y autorización al Responsable del Fichero para la inclusión de los mismos en el fichero ut supra detallado. En el caso de que Vd., como interesado o afectado, no dé su consentimiento para dicha automatización, será imposible mantener con usted cualquier tipo de relación comercial.

Usted declara estar informado de las condiciones detalladas en la presente cláusula, se compromete a mantener actualizados sus datos y, en cualquier caso, podrá ejercitar gratuitamente los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (siempre de acuerdo con los supuestos contemplados por la legislación vigente) dirigiéndose a la ASOCIACION DE ALLEGADOS DE ENFERMOS ESQUIZOFRÉNICOS, Calle Villegas y Marmolejo, 2, 41018, Sevilla, indicando en la comunicación "LOPD"; o bien y con carácter previo a tal actuación, solicitar con las mismas señas que le sean remitidos los impresos que el Responsable del Fichero dispone a tal efecto.

Por consiguiente, entenderemos que Vd. nos presta su consentimiento para los tratamientos de datos anteriormente descritos, si en el plazo de un mes a contar desde la recepción de esta carta no nos expresa su voluntad en contra.