

Nº socio					
----------	--	--	--	--	--

## INSCRIPCION SOCIO

D/Dª.....  
 con DNI.....  
 domicilio.....  
 Localidad.....Provincia..... C.P. ....  
 Teléfonos ...../  
 e-mail .....

DESEO SER SOCIO de la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Segovia  
 y AUTORIZO a cargar en mi cuenta la cuota:

- ( ) mensual de 6 euros.  
 ( ) anual de 72 euros.

IBAN				Entidad				Oficina				Control		Nº Cuenta									

La firma del presente documento indica que usted entiende, acepta y autoriza todas las cláusulas de nuestra política de privacidad para la recogida y el tratamiento de sus datos personales y las siguientes finalidades:

Gestión de usuarios;Gestión de actividades asociativas, culturales, recreativas, deportivas y sociales; Gestión y control sanitario

FINALIDADES QUE NECESITAMOS TU AUTORIZACIÓN: (Marca X las que autorices)

Si  No Divulgación a la población: Gestión de actividades asociativas, culturales, recreativas, deportivas y sociales; Marketing, publicidad y prospección comercial.

Si  No Redes sociales: Compartir información en Redes Sociales

Mediante la firma del presente documento nos otorga consentimiento explícito. Los datos recogidos se conservaran, dependiendo de la finalidad, mientras se mantenga la relación asociativa o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales. Se informa los datos podrán ser cedidos a Administración Tributaria, Bancos, cajas de ahorros y cajas rurales; y entidades prestadoras de servicios. Comunicarles además, de que no se realizan transferencias internacionales de sus datos personales y que tiene derecho acceder a sus datos, rectificarlos, suprimirlos, limitar u oponerse a su tratamiento, a su portabilidad, a retirar su consentimiento en nuestra dirección y a reclamar ante la Agencia Española de Protección de Datos. Para más información, solicite nuestra "Política de Privacidad y Protección de Datos" o consulte nuestra web.

Segovia a ..... de.....de.....

Firma: .....