

# SOLICITUD DE INSCRIPCION COMO SOCIO

Don/Dña \_\_\_\_\_

Con N.I.F. nº \_\_\_\_\_, con fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Y domicilio en \_\_\_\_\_ C/.

\_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

Teléfono nº \_\_\_\_\_: solicito de esa Asociación:  
ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE PERSONAS CON ENFERMEDAD DE  
ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS (AFA VALDEPEÑAS) ser socio de pleno  
derecho, aceptando los Estatutos por los que dicha Asociación se rige.

En Valdepeñas a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo:

NOMBRE Y APELLIDOS DEL FAMILIAR:

\_\_\_\_\_

## DOMICILIACION BANCARIA

Ruego hasta que cause baja, previa comunicación por escrito a la entidad, se sirvan adeudar con cargo a mi cuenta/libreta los recibos que presentará AFA VALDEPEÑAS con periodicidad:

ANUAL       SEMESTRAL       TRIMESTRAL       MENSUAL

Por un importe de \_\_\_\_\_ Euros (mínimo 3 €/mes)

Banco/Caja \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Población \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**CODIGO CUENTA CLIENTE**

(lo encontrará en su libreta, talonario o extracto)

\_\_\_\_\_  
IBAN    Entidad    Oficina    D.C.    Número de Cta.

Firma:

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/99 de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, AFA VALDEPEÑAS, con domicilio social en C/. Manuel León, nº 3, 13300 - VALDEPEÑAS, Ciudad Real España, le informa que sus datos personales serán incorporados a un fichero automatizado titularidad de esta entidad, con el fin de facilitar la mutua relación. Asimismo, le informamos de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiéndonos su petición, por escrito o telefónicamente a AFA VALDEPEÑAS, con domicilio social en C/. Manuel León, nº 3, 13300, VALDEPEÑAS, Ciudad Real, España.