

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN SOCIO/A

Nombre y Apellidos:		
Dirección:		
Población y provincia:		C.P.:
Teléfono:		Email:
Fecha de nacimiento		
Tipo discapacidad		Grado de discapacidad: %

Documentación: DNI y certificado de discapacidad

La Cuota Anual de nuestros asociados es de 30 €, estando exento/a mayores de 65 años y menores de 12 años.

La forma de pago es domiciliada.

Identidad Bancaria: Nº de Cuenta:

Enviar todo por correo ordinario a la dirección C/Costa Azahar 2 - 35 11407 Jerez de la Frontera (Cádiz) o, escaneado a la dirección de correo info@aspaymcaziz.com

OBSERVACIONES:

“De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal ASPAYM Cádiz le informa que sus datos personales pasarán a formar parte de un fichero de su propiedad, con la finalidad de gestionar su relación con la Asociación, así como el servicio de ayuda a domicilio facilitado por ésta. Usted podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito a la siguiente dirección C/Costa Azahar 2 - 35 11407 Jerez de la Frontera (Cádiz) con copia de su DNI. Gracias”

Jerez de la Frontera, a 22 de Agosto. de 2017

Fdo.: .