

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN COMO SOCIO/A DE LA ASOCIACIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS _____

DNI: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Teléfonos: _____

Fax _____ Correo electrónico: _____

Domicilio _____

Población: _____ C.P. _____ Provincia _____

Por la presente SOLICITO el ALTA como SOCIO/A de la **Asociación por la vida con GLUT-1 “AGLUTINATE”** a partir de la fecha más abajo indicada, comprometiéndome a abonar las cuotas que en su caso la asociación establezca y aceptando los términos que se reflejan en los Estatutos de la Asociación.

En _____, a _____ de _____ de _____

Firmado: _____

(Nombre, apellidos y firma)

Es necesario aportar fotocopia legible de su DNI con esta documentación

A los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y demás normativa de desarrollo, el/la firmante autoriza la utilización de sus datos personales contenidos en los documentos presentados y su tratamiento en un fichero titularidad de la Asociación, con la exclusiva finalidad de la resolución del expediente así como para gestionar cualquier aspecto relativo a su relación con la Asociación. Quedo enterado/a de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos obrantes en el mencionado fichero, pudiendo ejercer dichos derechos mediante una carta dirigida a la Asociación por la vida con GLUT-1 “AGLUTINATE” en la dirección de correo electrónico info@aglutinate.org, debidamente firmada, incluyendo su nombre completo, dirección y una fotocopia de su Documento Nacional de Identidad (DNI) o cualquier otro documento válido.

Asociación por la vida con GLUT-1 “AGLUTINATE”

C.I.F.: G-56089410 Teléfono de contacto: 957840178

Correo Electrónico: info@aglutinate.org WEB: www.aglutinate.org

ORDEN DE DOMICILIACION BANCARIA

Nombre y apellidos del Titular de la cuenta: _____

DNI / NIE del titular de la cuenta: _____

Banco o Caja: _____

Nº CUENTA (IBAN): _____

Hasta nuevo aviso, ruego tengan en cuenta este documento para adeudar en la cuenta arriba indicada el recibo o letra por importe de 25€ anuales que ami nombre:

_____ le sean presentados para su cobro por la Asociación por la vida con GLUT-1 “AGLUTINATE”.

Atentamente, en _____ a _____ de _____ de _____.

Firmado: _____

La aceptación de esta solicitud por la Asociación queda sujeta a la aprobación de la misma por la Junta Directiva.

Asociación por la vida con GLUT-1 “AGLUTINATE”

C.I.F.: G-56089410 Teléfono de contacto: 957840178

Correo Electrónico: info@aglutinate.org WEB: www.aglutinate.org