

Entidad Declarada de UTILIDAD PÚBLICA
Miembro de la Federación Internacional de Esclerosis Múltiple
Miembro de COCEMFE

FICHA DE ADHESIÓN

DATOS PERSONALES

| | | | |
|--|----------------------|---|----------------------|
| Apellidos (*) | Nombre (*) | DNI o NIF (*) | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Domicilio (*) | | | |
| <input type="text"/> | | | |
| Cod.Postal (*) | Población (*) | Provincia (*) | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Teléf. Fijo | Teléf. Móvil | Teléf. Trabajo | e-mail |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Fecha nacimiento | Lugar nacimiento | Afectado (*) | Enfermedad |
| <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="text"/> |

CUOTA (*)

| | | | |
|--|--|-------------------|--|
| Importe cuota anual: | <input type="checkbox"/> 104,00 € /año | Forma de pago en: | <input type="checkbox"/> 1 recibo anual |
| | <input type="checkbox"/> 150,00 € /año | | <input type="checkbox"/> 2 recibos semestrales |
| | <input type="checkbox"/> _____ € /año | | |
| La gestión de cobro de la cuota será realizada por: <input type="checkbox"/> AEDEM-COCEMFE <input type="checkbox"/> Asociación miembro | | | |

DATOS BANCARIOS (*)

IBAN

| | | | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

Nombre de la Entidad Bancaria

La firma del presente documento supone la adhesión como socio de la Asociación _____, así como la adhesión como colaborador de la Asociación Española de Esclerosis Múltiple (AEDEM-COCEMFE).

Deberá cumplimentar y firmar el consentimiento informado sobre la Ley de Protección de Datos (al dorso de este documento).

_____ a ____ de _____ de _____

¿Desea recibir la revista de AEDEM-COCEMFE?

Sí No (*)

Para tener opción a recibir la revista de AEDEM-COCEMFE la cuota deberá ser como mínimo de 40,00 €/año

Firmado: _____

(*) Dato de cumplimentación obligatoria

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Responsable del tratamiento: Asociación Española de Esclerosis Múltiple. Delegación Provincial de Ciudad Real. (AEDEMCR). Calle Santa teresa, 2. 13003-Ciudad Real. TF. 926 922093. aedemcr@aedemcr.org. <http://www.aedemcr.org/>

Finalidades del tratamiento: De acuerdo con establecido en la normativa vigente de protección de datos de carácter personal, le informamos que los datos personales facilitados voluntariamente serán incorporados a nuestro sistema de gestión y tratamiento de datos para las siguientes finalidades: Gestión administrativa de socios, gestión de servicios recibidos, mantenerle informado de actividades y servicios que esta Asociación pueda ofrecerles. **Legitimación del tratamiento:** El tratamiento de datos es necesario para el cumplimiento de la relación suscrita con el asociado, para la prestación de servicios solicitados. Interés legítimo. Cumplimiento de obligaciones legales. Consentimiento del interesado en su caso. **Conservación de datos:** Los datos proporcionados serán conservados durante el tiempo necesario para el cumplimiento de la finalidad para la cual se recogieron o no se solicite su supresión por parte del interesado y durante el tiempo necesario para el cumplimiento de las obligaciones legales. **Datos suministrados:** Le informamos del carácter voluntario en la recogida de sus datos y que su no respuesta no conlleva consecuencia negativa alguna, salvo los datos considerados como imprescindibles sin los cuales no podremos darle el servicio o la información solicitada. En el caso de menores de edad, será necesaria la autorización previa de los padres o representantes legales para poder realizar el tratamiento de los datos personales facilitados. Mientras no manifieste lo contrario entendemos que usted presta su consentimiento al tratamiento de los mismos y están actualizados. **Destinatarios de comunicaciones:** Organismos y entidades públicas con el fin de gestionar la solicitud y justificación de subvenciones y ayudas económicas o de cualquier tipo a favor de esta asociación. Federaciones o Agrupación de Asociaciones, a las que pertenezca esta Asociación, entre las que se encuentra la Asociación Española de Esclerosis Múltiple (AEDEM-COCEMFE), para su gestión administrativa y elaboración de perfiles y estadísticas. Las previstas según obligaciones legales. **Ejercicio de derechos:** Deseamos informarle que siempre que lo desee puede acceder a la información que le concierne, rectificar datos inexactos y solicitar su supresión cuando estos no sean necesarios, solicitar su portabilidad, solicitar la limitación al tratamiento de los mismos, oponerse a su tratamiento, o realizar una reclamación ante una autoridad de control competente, todo esto en los términos que establece la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal. Para efectuar el ejercicio de sus derechos puede enviar una carta a la dirección de contacto, adjuntando fotocopia de su DNI o documento identificativo válido y detalles de la solicitud del derecho que desea ejercer.

Por favor, marque la casilla si consiente el tratamiento para las siguientes finalidades:

Autorizo el tratamiento de mis datos personales o de mi representado (menores de edad) para las finalidades indicadas.

Autorizo a que las imágenes y contenido audiovisual tomados en actos o actividades organizados por esta Asociación en los que aparezca mi imagen puedan aparecer en memorias, revistas, página web, redes sociales o cualquier tipo de publicación o material orientado a la información y difusión de los fines de esta Asociación.

Autorizo a que las imágenes y contenido audiovisual tomados en actos o actividades organizados por esta Asociación en los que aparezca la imagen de mi representado (menor de edad) puedan aparecer en memorias, revistas, página web, redes sociales o cualquier tipo de publicación o material orientado a la información y difusión de los fines de esta Asociación.

En cualquiera de los casos el tratamiento se realizará con el máximo respeto al honor y la dignidad de las personas.

En Ciudad Real a _____ de _____ de 20__

Firma :

Socio Tutor, Representante Legal o Familiar