

SOLICITUD DE ALTA COMO SOCIO EN LA ASOCIACIÓN ARGADINI

Datos del Socio:

Nombre y apellidos _____

D.N.I. _____ Fecha de nacimiento _____

Domicilio _____

C.P. _____ Localidad _____

Provincia _____ Teléfono móvil _____

e-mail _____

Deseo realizar una donación a la Asociación por importe de: _____ €

¿Cada cuánto?

Mensual Trimestral Semestral Anual

Forma de Pago

Transferencia Domiciliación bancaria

Datos bancarios

IBAN:
Titular:
DNI:

- Transferencia: "Cuota Socio Nombre"
Titular: Asociación Argadini ES23 2100 1923 9302 0013 0057

Firma del Titular:

Fecha: _____

CLÁUSULA INFORMATIVA DE PROTECCIÓN DE DATOS

De conformidad al Reglamento (UE) 679/2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, y que es directamente aplicable desde el 25 de mayo de 2018, pongo en su conocimiento la información necesaria del tratamiento de sus datos personales y para el ejercicio de sus derechos como titular de los datos facilitados. Si desea información adicional puede consultar nuestra política de privacidad en www.asociacionargadini.org

Responsable	Identidad: ASOCIACION ARGADINI - NIF: G85152908 Dirección postal: C/ Costa Verde, 3 28029 Madrid Teléfono: 91 0119802 Correo electrónico: contacto@asociacionargadini.org Delegado de Protección de Datos: No existe
Finalidad	Los datos suministrados por la persona interesada con el fin de recibir información de nuestros servicios y actividades. Los titulares de los datos, o en el caso de menores, los padres o tutores legales, son responsables de la veracidad de los datos aportados.
Legitimación	La base legal para el tratamiento de sus datos es la formalización de la relación establecida. La oferta de productos y servicios profesionales está basada en el consentimiento que se le solicita.
Destinatarios	No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal.
Derechos	Las personas interesadas tienen derecho a acceder a sus datos personales, así como a solicitar la rectificación de los datos inexactos o, en su caso, solicitar su supresión cuando, entre otros motivos, los datos ya no sean necesarios para los fines que fueron recogidos. En caso de no ser atendido, puede presentar una reclamación ante la Autoridad de Control.

CONSENTIMIENTO EXPRESO SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Datos del interesado/a:

Nombre y apellidos _____

D.N.I. _____ Fecha de nacimiento _____

De acuerdo a la política de privacidad descrita (*por favor, marcar la opción elegida con una cruz en la casilla correspondiente*)

- SÍ** acepto que sean tratados mis datos de carácter personal.
- NO** acepto que sean tratados mis datos de carácter personal.

Firma:

Fecha: