



Asociación Galega de Lupus

AGAL

SOCIO: Número Colaborador

Marque lo que corresponda

Nº SOCIO:

DELEGACION:

FOTO

Nombre: _____ Apellidos _____

NIF: _____ - Dirección: _____

C.P.: _____ Población: _____ Provincia: _____

Tlf fijo: _____ Movil: _____ email: _____

Día nacimiento: __/__/____ Profesión: _____

AUTORIZACION DE DOMICILIACION BANCARIA

Deseo ser socio de la Asociación AGAL

Nombre: _____ Apellidos _____

NIF: _____ - Dirección: _____

C.P.: _____ Población: _____ Provincia: _____

Banco o Caja: _____ Anual **50€**

IBAN	Entidad	Oficina	D.C.	Nº Cuenta

Firma

Fecha: _____

Firmado: _____

** Con mi firma, autorizo a la AGAL a incorporarme en su base de datos, para mantenerme informado sobre las actividades lúdicas e informativas de la asociación.*

**** Adjuntar dos fotos tamaño carnet con esta solicitud.**

En el cumplimiento del dispuesto en la Ley Orgánica de 15/1999 de Protección de Datos de Carácter personal, AGAL le informa que sus datos personales junto a los obtenidos durante la vigencia de la colaboración, están incorporados en el fichero de SOCIOS, titularidad de esta Asociación. Asimismo y de conformidad con dicha Ley, en cualquier momento puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos en la Ley, dirigiendo un escrito a: **AGAL- A/A Responsable de Datos: Rúa Solís, s/n Eirís de Arriba 15009 A Coruña**