



Asociación Galega de Lupus

AGAL

SOCIO/A: Número Colaborador

Marque lo que corresponda

Nº SOCIO/A:

DELEGACION:

FOTO

Nombre: _____ Apellidos _____

NIF: _____ - Dirección: _____

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

Tlf fijo: _____ Movil: _____ email: _____

Día nacimiento: ___/___/___ Profesión: _____

AUTORIZACION DE DOMICILIACION BANCARIA

Deseo pertenecer a 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 AGAL a incorporarme en su base de datos, para informarme sobre servicios, y actividades lúdicas e informativas de la asociación.

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

En AGAL tratamos la información que nos facilita con el fin de prestarles el servicio solicitado. Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación con la Asociación o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal. Usted tiene derecho a obtener confirmación sobre si en AGAL estamos tratando sus datos personales, por tanto usted tiene derecho a acceder a sus datos personales, rectificar los datos inexactos o solicitar su supresión cuando los datos ya no sean necesarios.

Responsable: Identidad: ASOCIACIÓN GALEGA DE LUPUS –AGAL- NIF: G15614084 Dir. postal: CENTRO CÍVICO SAN DIEGO, 3ª planta C/ ALBERTO GARCÍA FERREIRO S/N, 15006 A CORUÑA Teléfono: 981240072 Correo electrónico: agal@lupusgalicia.org