



Asociación Galega de Lupus

Nº SOCIO / A:

DELEGACIÓN:

TIPO DE SOCIO / A:

CON LUPUS: DE NÚMERO
DE NÚMERO INFANTIL *
COLABORADOR/A

FOTO

Adjuntar 2 fotos actuales
formato carnet.

Nombre: _____ Apellidos: _____

NIF: _____ Fecha nacimiento: / /

Dirección: _____ C. P.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Telf. Fijo: _____ Telf. Móvil: _____

email: _____ Profesión: _____

AUTORIZACION DE DOMICILIACION BANCARIA

Mediante la firma de este documento Ud. autoriza a AGAL a enviar instrucciones a su entidad para adeudar en su cuenta, y a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones de AGAL. Como parte de sus derechos, Ud. está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adudo en su cuenta.

Nombre: _____ Apellidos: _____

NIF: _____

Entidad Bancaria: _____ Cuota anual = 50€

IBAN:						
-------	--	--	--	--	--	--

Fecha: _____

Firma: _____

Con mi firma autorizo a AGAL a incorporarme en su base de datos, y al envío de información sobre servicios, actividades formativas, lúdicas e informativas de la asociación.

* La solicitud de socio infantil (a partir de 14 años) deberá acompañarse de documento de autorización de progenitores o tutores legales.

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: Edificio Amizar C/Gregorio Hernández, 2-4, 3ª planta, dpcho. 9. 15011 A CORUÑA Teléfono: 981240072 Correo electrónico: agal@lupusgalicia.org