

MODELO CUOTA FAMILIAR
A rellenar por ALAS

Número de soci@ 1º:	
Numero de soci@ 2º:	
Numero de soci@ 3º:	Fecha de alta: / /200
Numero de soci@ 4º:	Fecha de baja: / /200

A rellenar por soci@ (especificar vínculo familiar: padres, hijos...)

Nombre y apellidos Cónyuge 1º:		
DNI 1º:	Fecha de Nacimiento 1º:	E-mail 1º:
Nombre y apellidos Cónyuge 2º:		
DNI 2º:	Fecha de Nacimiento 2º:	E-mail 2º:
Nombre y apellidos hij@ 3º:		
DNI 3º:	Fecha de Nacimiento 3º:	E-mail 3º:
Nombre y apellidos hij@ 4º:		
DNI 4º:	Fecha de Nacimiento 4º:	E-mail 4º:
Dirección:		
Código postal:	Población:	
Teléfono casa:	Móvil 1º:	Móvil 2º:
	Móvil 3º:	Móvil 4º:

Profesión y/o situación laboral 1º:
Profesión y/o situación laboral 2º:
Profesión y/o situación laboral 3º:
Profesión y/o situación laboral 4º:

MI CUOTA FAMILIAR ES:	
<input type="checkbox"/> de 30 € cada trimestre	<input type="checkbox"/> de 120 € en un pago anual
FORMA DE PAGO:	
<input type="checkbox"/> Efectivo en ALAS	
<input type="checkbox"/> Ent..... Ofc.....DC..... Nº Cte:	

Deseo recibir correspondencia de ALAS:		
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÓLO POR E-MAIL
Deseo recibir correspondencia <u>SIN</u> identificación de ALAS	<input type="checkbox"/> SI	

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, e informamos que los datos personales y de salud cumplimentados en el presente formulario, así como los datos médicos y sanitarios que se obtengan a consecuencia de la relación con la Asociación, se incorporarán a los ficheros automatizados y manuales de los que es titular ALAS. Los datos serán tratados exclusivamente con la finalidad de prestarle la ayuda e información derivada de la relación entre la Asociación y el solicitante. Usted tiene derecho en todo momento a acceder, rectificar, cancelar y oponerse al tratamiento de sus datos personales incluidos en el fichero de ALAS mediante comunicación escrita en la siguiente dirección:

Firmado: