

MODELO CUOTA INDIVIDUAL

A rellenar por ALAS

alas

| | | | |
|------------------|----------------|---|------|
| Número de soci@: | Fecha de alta: | / | /200 |
| | Fecha de baja: | / | /200 |

A rellenar por soci@

| | |
|---------------------|----------------------|
| Nombre y apellidos: | |
| DNI: | Fecha de Nacimiento: |
| E-mail: | |
| Dirección: | |
| Código postal: | Población: |
| Teléfono casa: | Móvil: |

Profesión y/o situación laboral:

MI CUOTA INDIVIDUAL ES: de 15 € cada trimestre de 60 € en un pago anual**FORMA DE PAGO:** Efectivo en la sede de ALAS Entidad..... Oficina.....DC..... N° Cuenta:.....**Marcar con una X****Deseo recibir correspondencia de ALAS:** SI NO SÓLO POR E-MAIL**Deseo recibir correspondencia SIN identificación de ALAS** 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 a la dirección de este documento.

Firmado:

Associació de Lluita Antisida de les Illes Balears
Plaça Cardenal Reig, N° 4 , 1° - A. 07004 Palma
Telf. 971 71 44 88 - Fax 971 49 62 18 - Mail: alas@alas-baleares.com
Web: www.alas-baleares.com