



CIF: G-93721819
 C/ Cortina Estación, nº 5
 29330 Almargen (Málaga)
www.displasiacleidocraneal.es
aefdcc2018@gmail.com

A rellenar por AEFDCC

nº de socio: _____
 Tipo de socio: _____
 Fecha de alta: ____ / ____ / ____
 Fecha de baja: ____ / ____ / ____

**POR FAVOR, RELLENAR EN MAYÚSCULAS. Los datos con asterisco (*) son obligatorios.*

DATOS PERSONALES*
NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____
FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ NACIONALIDAD: _____ DNI: _____
DOMICILIO: _____
CÓDIGO POSTAL: _____ LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____
TELÉFONO/S: _____ / _____ CORREO-E: _____
DATOS DE CONTACTO (sólo en caso de ser distintos de los datos personales)
DOMICILIO: _____
CÓDIGO POSTAL: _____ LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____
TELÉFONO/S: _____ / _____ CORREO-E: _____
TIPO DE SOCIA/O*
<input type="checkbox"/> SOCIA/O DE NÚMERO... <input type="checkbox"/> ...con diagnóstico propio de DCC. <input type="checkbox"/> ...tutor/a legal de la/el menor con diagnóstico de DCC _____
<input type="checkbox"/> SOCIO/A COLABORADOR/A.
CUOTA* (Ingreso/ transferencia periódica a cuenta de la AEFDCC: ES46 3058 0706 7827 2003 3334)
MODALIDAD DE FRACCIONAMIENTO (marcar sólo una casilla): <input type="checkbox"/> DOCE CUOTAS DE 5€/MES <input type="checkbox"/> CUATRO CUOTAS DE 15€/TRIMESTRE <input type="checkbox"/> DOS CUOTAS DE 30€/SEMESTRE <input type="checkbox"/> UNA CUOTA DE 60€/AÑO
CONSENTIMIENTO E INFORMACIÓN DEL TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL DE SOCIAS/OS*
De acuerdo con lo establecido en la <i>Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales</i> , así como en el <i>Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos)</i> , le comunicamos que los datos facilitados a través de esta solicitud serán tratados únicamente para el desarrollo de los fines y actividades descritos en los artículos 3 y 4 de los Estatutos de la asociación, así como para la gestión de cuotas y donaciones. No serán proporcionados a terceros, salvo a los estamentos oficiales que por ley exijan la cesión de los mismos y a los profesionales o entidades que colaboren con la AEFDCC en proyectos de desarrollo de los fines y actividades antes mencionados, a los que se les podrá proporcionar únicamente para tales finalidades.
En este sentido, le rogamos marque la siguiente casilla a efectos de la constancia expresa de su consentimiento:
<input type="checkbox"/> SÍ CONSIENTO el tratamiento de los datos personales facilitados a la Asociación Española de Familias con Displasia Cleidocraneal (AEFDCC) para las finalidades anteriormente indicadas, así como el envío de cualquier tipo de información de la asociación y sus proyectos a través de correo postal y correo electrónico. Así mismo, manifiesto bajo mi total y absoluta responsabilidad, la veracidad de los datos facilitados.
Le informamos de que, no obstante, en cualquier momento puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación u oposición al tratamiento de sus datos, así como retirar el consentimiento prestado o formular reclamaciones ante la Autoridad de Control. Dichas acciones podrán ejercerse enviando la solicitud por correo electrónico a aefdcc2018@gmail.com o por correo postal a C/ Cortina Estación nº 5, 29330 Almargen (Málaga).

Habiendo leído y cumplimentado atentamente el presente documento, solicito mi inscripción como socia/o de la Asociación Española de Familias con Displasia Cleidocraneal.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____