



AMUDEF-AUTISMO SOMOS TODOS

C/ Lope de Rueda, 4, 30203 Cartagena

TLF: 622533346-86878257

www.autismosomostodos.org

info@autismosomostodos.org

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN COMO SOCIO DE LA ASOCIACIÓN AMUDEF-AUTISMO SOMOS TODOS

D./Dña. _____ cuyos datos de identificación se indican a continuación, manifiesta que reúne los requisitos exigidos por los Estatutos de la Asociación AMUDEF-AUTISMO SOMOS TODOS, por lo que solicita su admisión como socio/a, y se compromete a cumplir las obligaciones que le puedan corresponder en aplicación de los Estatutos de la Asociación, la legislación aplicable y los acuerdos válidamente adoptados por los órganos de gobierno de la Asociación. Igualmente, acepta expresamente las normas contenidas en los Estatutos y los valores que en ellos se recogen, y manifiesta su voluntad de contribuir al logro de los fines asociativos.

DATOS IDENTIFICATIVOS DEL SOCIO/A					
NOMBRE Y APELLIDOS					
NIF/NIE		FECHA DE NACIMIENTO			
LUGAR DE NACIMIENTO					
DIRECCIÓN					
LOCALIDAD					CP
TELÉFONOS DE CONTACTO					
EMAIL					
RELACIÓN CON LA PERSONA CON AUTISMO (MARQUE CON UNA X)					
HIJO	HERMANO	NIETO	SOBRINO	REP. LEGAL	OTROS (INDICAR)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EN CASO DE SOCIOS QUE SEAN PADRE/MADRE DE LA PERSONA CON TEA					
NOMBRE Y APELLIDOS DEL OTRO PROGENITOR					
NIF/NIE					
TELF. CONTACTO			EMAIL		
EN CASO DE SEPARACIÓN (MARQUE CON UNA X)					
CUSTODIA COMPARTIDA		CUSTODIA PADRE		CUSTODIA MADRE	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DATOS IDENTIFICATIVOS PERSONA CON TEA					
NOMBRE Y APELLIDOS					
NIF/NIE		FECHA DE NACIMIENTO			
LUGAR DE NACIMIENTO					
DIRECCIÓN					
LOCALIDAD					CP
TELÉFONOS DE CONTACTO					
EMAIL					

Igualmente, se compromete a notificar cualquier modificación de los datos aportados en un plazo no superior a un mes desde la modificación.

En Cartagena, a _____ de _____ de 20____

Fdo.: _____

Con motivo del REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016, le comunicamos que sus datos serán tratados por AMUDEF, ASOCIACION MURCIANA PARA EL DESARROLLO DE LA FAMILIA AUTISMO SOMOS TODOS, C/ LOPE DE RUEDA, 4, 30203 CARTAGENA (MURCIA), con la finalidad de enviarle comunicaciones de la Asociación y la gestión de la base de socios. Se conservarán los datos mientras dure la relación entre la Asociación y el asociado. No se adoptarán decisiones automatizadas ni se elaborarán perfiles, excepto los legalmente autorizados. Legitimación en base a la LEY 37/1992, DE 28 DE DICIEMBRE, DEL IMPUESTO SOBRE EL VALOR AÑADIDO y LEY ORGÁNICA 1/2002, DE 22 DE MARZO, REGULADORA DEL DERECHO DE ASOCIACIÓN. No se prevén cesiones excepto a las administraciones públicas autorizadas. Podrá ejercitar en todo momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, olvido y portabilidad, dirigiéndose por escrito a C/ LOPE DE RUEDA, 4, 30203 CARTAGENA (MURCIA). Usted tiene derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento y a reclamar ante la Agencia Española de Protección de Datos en la web www.agpd.es. Los datos provienen del propio interesado o su representante legal con la cumplimentación de la ficha de socio (nombre y apellidos, DNI/NIF, Dirección, Teléfono, Email...).

Con la firma de este documento autorizo y doy mi consentimiento explícito a la empresa arriba citada al tratamiento de los datos en los términos citados anteriormente.

En CARTAGENA, a _____ de _____ de 20____

Fdo. EL SOCIO _____

FORMA DE PAGO DE LAS CUOTAS

- Domiciliación bancaria (rellenar autorización bancaria).
- Transferencia bancaria al CCC ES35 2100 4334 4202 0010 1612, indicando el nombre del socio/a y el mes al que corresponde.

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, autorizo a la Asociación a cargar, en la cuenta que identifica a continuación y hasta nueva orden, las cuotas acordadas por el órgano competente:

TITULAR DE LA CUENTA			
CIF/NIF			
IBAN			
DIRECCIÓN			
LOCALIDAD		PROVINCIA	
PAÍS			

Fecha _____ Firma _____