



ESCLAT

ASSOCIACIÓ PRO PERSONES
AMB PARÀLISI CEREBRAL

SOLICITUD DE SOCIO PROTECTOR

DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDOS:.....

DIRECCIÓN:.....

POBLACIÓN:.....

CÓDIGO POSTAL..... PROVINCIA.....

TELÉFONO..... FAX.....

APORTACIÓN: 6 € 10 € 30€

OTRA CANTIDAD:..... €

PERIODICIDAD: MENSUAL ANUAL TRIMESTRAL

Deseo certificado anual para la desgravación del IRPF SI NO

DOMICILIACIÓN BANCARIA:

TITULAR:.....

BANCO O CAJA:.....

CUENTA (20 dígitos):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Firma y fecha:

De conformidad con lo que establece la Ley Orgánica 15/1999, le informamos que sus datos serán incorporados a un fichero informatizado bajo la responsabilidad de la ASOCIACIÓN ESCLAT con la finalidad de poder atender los compromisos derivados de la relación que mantenemos con usted. Puede ejercer sus derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición mediante un escrito a nuestra dirección, Rambla de la Muntanya, 61, 08041 Barcelona. Si en 30 días no nos comunica lo contrario, entenderemos que sus datos no han sido modificados, que usted se compromete a notificarnos cualquier variación y que tenemos el consentimiento para enviarle información sobre todas las acciones que lleva a cabo la asociación.