

A rellenar por la Asociación

Nº de socio:

Fecha de alta:

Fecha de baja:



FICHA INSCRIPCIÓN DE SOCIOS

Asociación Canaria de menores con necesidades especiales „SUMAS“

DATOS PARA INSCRIPCIÓN DE SOCIOS

POR FAVOR, RELLENAR EN MAYÚSCULAS

DATOS PERSONALES TUTOR

NOMBRE :

1º APELLIDO :

2º APELLIDO:

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DATOS PERSONALES SOCIO

NOMBRE :

1º APELLIDO :

2º APELLIDO:

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DATOS DE CONTACTO

DOMICILIO:

CÓDIGO POSTAL:

POBLACIÓN:

PROVINCIA:

TELÉFONO MÓVIL:

CORREO ELECTRÓNICO:

CUOTA SOCIO

CUOTA ANUAL: SEPTIEMBRE 2024 A SEPTIEMBRE 2025 30€

FORMA DE PAGO:

- EFECTIVO
- TRANSFERENCIA : A.CANARIA MENORES CON NECESIDADES ESPECIALES SUMAS

IBAN: ES27 2100 5651 8202 0033 8235

BIC: CAIXESBBXXX

CONCEPTO : NOMBRE DEL SOCIO

FECHA Y FIRMA

En _____, a _____ de _____ de 20____.

Firma:

FICHA INSCRIPCIÓN DE SOCIOS



IMPRESO CONSENTIMIENTO E INFORMACIÓN DEL TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL DE LOS SOCIOS

De conformidad con la Ley Orgánica 15-1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, Ud. queda informado/a que sus datos personales pasarán a formar parte de un Fichero titularidad de ASOCIACIÓN CANARIA DE MENORES CON NECESIDADES ESPECIALES „SUMAS“ debidamente inscrito en el Registro de la Agencia Española de Protección de Datos, con la finalidad de prestar servicios de ayuda y asesoramiento a los asociados, gestión de los socios, aportaciones y donaciones, campañas y otras acciones, así como informarle de las actividades promovidas por la asociación. Los datos proporcionados no serán comunicados a terceros, salvo a los profesionales o colaboradores de ASOCIACIÓN CANARIA DE MENORES CON NECESIDADES ESPECIALES „SUMAS“; a las entidades colaboradoras, a la federación de asociaciones españolas y a la federación internacional; así como los estamentos oficiales que por ley exijan la cesión.

De no facilitarse los datos solicitados en el presente formulario, no será posible su inscripción como socio de esta entidad.

Se le informa de sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podrá ejercer dirigiéndose a ASOCIACIÓN CANARIA DE MENORES CON NECESIDADES ESPECIALES „SUMAS“. CALLE DR VICENTE SUAREZ 16A C.P 35109 - SAN BARTOLOME DE TIRAJANA o al email info@sumascanarias.org, medios de contacto a través de los cuales, se le facilitará de forma totalmente gratuita por el personal de la asociación, impreso tipo a rellenar a tal fin, y al que asimismo deberá adjuntar Fotocopia del D.N.I. del titular de los datos, o documento acreditativo si actúa como representante del titular de los datos.

En este sentido, y a los efectos de la constancia expresa de su consentimiento para que sus datos sean tratados por ASOCIACIÓN CANARIA DE MENORES CON NECESIDADES ESPECIALES „SUMAS“; para dar cumplimiento a las finalidades anteriormente indicadas, así como para remitirle cualquier tipo de información relativa con la asociación por cualquier medio de comunicación, incluida la vía electrónica, rogamos marque la siguiente casilla:

☐ SI CONSIENTO que se me remita a través del mail que he facilitado a la Asociación, el envío de correos electrónicos con cualquier tipo de información relativa a la misma.

Mediante la firma del presente documento, el/la interesado/a presta su consentimiento para el tratamiento de sus datos con los fines arriba previstos, manifestando así mismo bajo su total y absoluta responsabilidad sobre la veracidad de los mismos.

Fecha y firma de los adultos:

En _____, a _____ de _____ de 20____.

Firmado: