



FICHA DE SOCIO/A

Nº SOCIO:.....

DATOS PERSONALES

Nombre:.....Apellidos:

Dirección:

Población..... C.P.:

--	--	--	--	--

Provincia:.....

Teléfono: Email:

Profesión: ¿Tiene algún familiar afectado? SI NO

Fecha de inscripción: de de

DATOS PARA DOMICILIACIÓN BANCARIA

Titular de la cuenta:

Datos de la cuenta:

ENTIDAD	OFICINA	DC	Nº CUENTA																				
<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>					<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>					<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										

PAGO INSCRIPCIÓN: EFECTIVO Nº RECIBO:S-.....

CUOTA ANUAL: 50€ OTROS

Fecha: Firma y DNI:

De conformidad con lo dispuesto en la ley orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, le informamos que los datos que nos ha facilitado están recogidos en los ficheros de APADAHCAS, con domicilio en la C/ Alcalde Tárrega, 18, 12004 Castellón, donde Ud. puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que la citada ley le reconoce.

Con su firma, Ud. consiente expresamente el tratamiento de dichos datos para el mantenimiento del contacto y envío de información, y su remisión a profesionales médicos, psicólogos/pedagogos colaboradores de esta asociación para la realización de diagnósticos, terapias, talleres, y otras actividades propias de APADAHCAS.