



FICHA DE SOCIO/A

Nº SOCIO:

DATOS PERSONALES

Nombre: Apellidos:

Dirección:

Población C.P:

Provincia:

Teléfono: Email:

Profesión: ¿Tiene algún familiar afectado? SI NO

DATOS PARA DOMICILIACIÓN BANCARIA

Titular de la cuenta:

.....

Datos de la cuenta:

| IBAN | ENTIDAD | OFICINA | DC | Nº CUENTA |
|------|---------|---------|----|-----------|
| | | | | |

PAGO INSCRIPCIÓN:

EFFECTIVO Nº RECIBO:S-.....

CUOTA ANUAL: 50€

OTROS.....

¿Cómo nos ha conocido?

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/ Dean Martí Nº 46, entlo, 12004 Castellón, donde Ud. puede ejercerlos 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.

APADAHCAS - C/ Dean Martí Nº 46, entlo - 12004 Castellón - Tel 634 504 644 - email: asociacion@apadahcas.org - www.apadahcas.org



CONSENTIMIENTO PARA EL TRAMIENTO Y/O CESIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, sobre Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos personales serán tratados y quedarán incorporados a los ficheros de la entidad inscritos en la Agencia Española de Protección de Datos, con el fin de prestarles nuestros servicios.

En este sentido usted consiente de forma expresa a que sus datos sean tratados por la entidad para dar cumplimiento a la finalidad indicada anteriormente así como para remitirle información relativa a los servicios prestados en esta entidad que sean de interés para usted.

Así mismo le informamos que usted puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en **ASOCIACIÓN DE PADRES DE AFECTADOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD DE LA PROVINCIA DE CASTELLÓN**, con domicilio en **DEAN MARTÍ 46 ENTLO. 12004 CASTELLÓN**

APADAHCAS os pide el consentimiento para poder publicar las imágenes en las cuales aparezcáis vosotros o vuestros hijos, individualmente o en grupo, que con carácter psicopedagógico se puedan realizar a los que participen en actividades organizadas por APADAHCAS y/o sus COLABORADORES, en las diferentes secuencias y actividades realizadas, tanto en la sede de la asociación, como fuera de la misma.

D./D^a Socio/a N^o

Con D.N.I. como persona física y/o padre/madre o tutor legal del menor

AUTORIZO

NO AUTORIZO

- A APADAHCAS al uso de las imágenes realizadas en actividades organizadas y publicadas en la página web de la asociación y/o redes sociales.
- Filmaciones destinadas a difusión psicopedagógica **no comercial**
- Fotografías para revistas o publicaciones de ámbito psicopedagógico o científico

Firmado:
Padre

Firmado:
Madre