Si, Quiero colaborar,
juntos lucharemos contra el cáncer

Nombre: _____

Apellidos: _____

Dirección: _____

NIF: _____

C.P: _____ Localidad: _____

Teléfono: _____ Móvil: _____

E-mail: _____

Cuota al año: _____ € (Mínimo 30 € al año)

☐ anual

☐ semestral

Nº de Cuenta

☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Autorizo expresamente a la asociación Asotrame hasta nueva orden para que cargue en mi cuenta el pago de los recibos.

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma

Enviar a Asotrame
Rúa Vidreiros, parcela W 32. Polígono del Pozo
15570 Narón. A Coruña.

De acuerdo con lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, consiento que estos datos sean incluidos en un fichero del que es titular ASOCIACIÓN DE AFECTADOS POR TRASPLANTES MEDULARES y pueden ser utilizados para realizar cualquier trámite necesario para gestionar el alta de socio, así como el envío de información comercial sobre la asociación, y declaro estar informado sobre los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podré ejercitar en el domicilio de ASOCIACIÓN DE AFECTADOS POR TRASPLANTES MEDULARES en RÚA VIDRIEROS, PARC 32 – P.I. RIO Do POZO – 15570 NARÓN (A CORUÑA). Si no desea ser informado de nuestros productos o servicios comuniquenoslo en RÚA VIDRIEROS, PARC 32 – P.I. RIO Do POZO – 15570 NARÓN (A CORUÑA).

Gracias por tu colaboraci n!