

Si, Quiero colaborar, juntos lucharemos contra el cáncer

Nombre: _____
Apellidos: _____
Dirección: _____
NIF: _____
C.P: _____ Localidad: _____
Teléfono: _____ Móvil: _____
E-mail: _____

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma

Enviar a Asotrime
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!