

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 Asotrime hasta nueva orden para que cargue en mi cuenta el pago de los recibos.

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma

ENVIAR A:

ASOTRAME

C/ Cuatro Caminos, Local Social A Gándara S/N, 1er piso.

CP: 15570. Narón. A Coruña

¡Gracias por tu colaboración!

De acuerdo con lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, así como el Reglamento 2016/679 del parlamento europeo y del consejo de 27 de abril de 2016, 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 voluntario, 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 C/ Cuatro Caminos s/n, Local Social A Gándara, 1er piso, 15570 Narón (A Coruña). Si no desea ser informado de nuestros productos o servicios comuniquenlos en C/ Cuatro Caminos s/n, Local Social A Gándara, 1er piso, 15570 Narón (A Coruña).