



ADACE CLM

Asociación de Daño
Cerebral Sobvenido
de Castilla La Mancha



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN ASOCIADO / A

D/Dña..... N.I.E.....

Domicilio en..... Nº..... Piso..... Puerta..... C.P.....

Municipio..... Provincia..... Teléfonos.....

DESEA SER SOCIO DE ADACE CLM

Socio colaborador Afectado/a DCS Familiar de.....

Con una aportación mínima

Mensual de 6 € Trimestral de 18 € Semestral de 36€ Anual de 72 €

Otra aportación: Periodicidad..... Cuantía.....€

DOMICILIACIÓN BANCARIA

Autorizo a ADACE CLM, hasta nueva orden, a que cargue en mi cuenta el pago de los recibos que les presentará a mi nombre

Código Banco Código Agencia D.C. Nº de Cuenta

Nombre y Apellidos del titular de la
Cuenta.....N.I.F.....

En.....a.....de.....de.....

Firma del/a nuevo socio/a

Firma titular de la Cuenta
(Si no es el/la mismo/a)

De acuerdo con lo establecido en La Ley Orgánica 15/199 de Protección de Datos de Carácter Personal, autorizo y quedo informado/a de la incorporación de mis datos a los ficheros automatizados existentes en ADACE CLM, así como el tratamiento automatizado de los mismos. Asimismo, autorizo a que puedan ser cedidos mis datos exclusivamente para el cumplimiento de los fines directamente relacionados con mi incorporación a la Asociación como voluntario/a, a las diferentes delegaciones de ADACE CLM en la Comunidad de Castilla- La Mancha y Administraciones Públicas. Quedo igualmente informado/a de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente, mediante notificación escrita dirigida a la siguiente dirección: ADACE CLM, C/ Plazuela, 11. 45122 Argés (Toledo).