

BOLETIN DE INSCRIPCION DE SOCI@ FAMILIAR

ASOCIACIÓN ANDALUZA DE HEMOFILIA (ASANHEMO)

DELEGACIÓN _____

Nº DE SOCIO/A FAMILIAR _____

APELLIDOS Y NOMBRE: _____

FAMILIAR DE 1^{ER} GRADO DE CONSANGUINIDAD O ADOPCIÓN DEL SOCI@ DE NÚMERO:

DOMICILIO: _____

POBLACION: _____ CODIGO POSTAL: _____

PROVINCIA: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/_____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ DNI: _____

ESTADO CIVIL: _____ NOMBRE DEL CONYUGE (en su caso): _____

TELÉFONOS: _____

_EMAIL: _____

ALGUNA DISCAPACIDAD SI NO PORCENTAJE _____%

TIPO DE DISCAPACIDAD FÍSICA PSÍQUICA SENSORIAL OTRAS _____

OBSERVACIONES: _____

En cumplimiento de la Ley 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal se informa que los datos consignados en el presente formulario, se incluirán en un Fichero de Datos de Carácter Personal cuyo responsable es **ASOCIACIÓN ANDALUZA DE HEMOFILIA**. Dichos datos se utilizarán única y exclusivamente para la **prestación de los servicios propios de la asociación, así como para la gestión del cobro de las cuotas de los asociados**. La ASOCIACIÓN ANDALUZA DE HEMOFILIA no comunicará los datos a ninguna entidad ajena a la misma, ni los utilizará con un fin distinto al descrito anteriormente. El interesado puede hacer efectivos en cualquier momento los derechos de información, acceso, rectificación, oposición y cancelación, en virtud de lo dispuesto en la Ley 15/1999, dirigiéndose a: **ASOCIACION ANDALUZA DE HEMOFILIA, c/ Castillo Alcalá de Guadaíra, nº 7, 4º B 41013 de Sevilla.**

DECLARADA DE UTILIDAD PÚBLICA por el Ministerio del Interior en virtud de la Orden 28/09/09.

Declaro ser familiar de primer grado de consanguinidad o adopción de socio/a de número de Asanhemo, manifestando con este documento mi deseo de ser inscrito/a como socio/a familiar, comprometiéndome a cumplir las obligaciones correspondientes, así como colaborar en sus actividades y fines sociales. Declaro estar conforme con los Estatutos de la Asociación Andaluza de Hemofilia (Asanhemo) asumiendo los derechos y deberes que ello conlleva.

Fdo.: _____ En _____ a _____ de _____ de 20__

CONSENTIMIENTO EXPRESO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL
DATOS OBTENIDOS DIRECTAMENTE DE LA PERSONA INTERESADA O REPRESENTANTE LEGAL

AUTORIZACIÓN:

Don/Doña _____ con DNI _____, autorizo a esta entidad a un uso de mis datos

Estos datos de carácter personal se encuentran incluidos en las actividades de tratamiento "PACIENTES" de las que es Responsable ASOCIACIÓN ANDALUZA DE HEMOFILIA (ASANHEMO). Esta finalidad está basada en su consentimiento, expresado con la firma del presente documento. Los datos se mantendrán en tanto se mantenga la relación, y en ningún caso serán cedidas a terceros. Asimismo, solicita su consentimiento expreso para lo siguiente:

Autorizo que mis datos sean utilizados por la empresa CON LA FINALIDAD DE GESTIONAR LA RELACIÓN CON LOS PACIENTES, HISTORIALES CLÍNICOS, FACTURACIÓN Y OBLIGACIONES INHERENTES A ELLOS, MEDIANTE SU TRATAMIENTO COMO PACIENTES.

_____ (Firma y Nombre completo)

DOMICILIACIÓN BANCARIA

SOCIO/A FAMILIAR Nº _____

D/Dª.....
CIF/ DNI....., DIRECCIÓN.....
.....POBLACIÓN.....
PROVINCIA.....TELEFONO..... CON FECHA ____/____/____ HA
MANIFESTADO EL DESEO DE SER SOCIO/A FAMILIAR DE LA ASOCIACIÓN ANDALUZA DE HEMOFILIA
(ASANHEMO), PARA CONTRIBUIR A SUS FINES SOCIALES Y PARTICIPAR CON UNA CUOTA ANUAL POR IMPORTE
DE € (.....).
QUE SE HARÁ EFECTIVA MEDIANTE DOMICILIACIÓN BANCARIA.

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

FIRMADO

A/A. Presidente/a de la Asociación Andaluza de Hemofilia

Sr./a DIRECTOR/A DE LA ENTIDAD BANCARIA:
Sucursal.....

Estimado/a Señor/a:

A partir de la fecha de firma de la presente y hasta nueva orden, abonen a la Asociación Andaluza de Hemofilia (Asanhemo), con cargo a la cuenta debajo detallada previa presentación de recibos a nombre de la cantidad de.....€,....., (en número) (en letra)

En la cuenta corriente a nombre de la **Asociación Andaluza de Hemofilia (Asanhemo)** de la Entidad correspondiente.

Fecha y firma

D..... CIF/DNI.....
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL TITULAR)

IBAN	ENTIDAD	OFICINA	DC	NUM CUENTA

En cumplimiento de la Ley 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal se informa que los datos consignados en el presente formulario, se incluirán en un Fichero de Datos de Carácter Personal cuyo responsable es **ASOCIACIÓN ANDALUZA DE HEMOFILIA**. Dichos datos se utilizarán única y exclusivamente para la **prestación de los servicios propios de la asociación, así como para la gestión del cobro de las cuotas de los asociados**. La ASOCIACIÓN ANDALUZA DE HEMOFILIA no comunicará los datos a ninguna entidad ajena a la misma, ni los utilizará con un fin distinto al descrito anteriormente. El interesado puede hacer efectivos en cualquier momento los derechos de información, acceso, rectificación, oposición y cancelación, en virtud de lo dispuesto en la Ley 15/1999, dirigiéndose a: **ASOCIACION ANDALUZA DE HEMOFILIA, c/ Castillo Alcalá de Guadaíra, nº 7, 4º B 41013 de Sevilla.**
DECLARADA DE UTILIDAD PUBLICA por el Ministerio del Interior en virtud de la Orden 28/09/09.