

DATOS DEL SOCIO/A	
D.N.I.:	Nombre:
Apellidos:	
Dirección:	
Localidad y Provincia:	Cód. Postal:
Teléfono/s:	e-mail:

DATOS DEL ENFERMO/A	
Parentesco:	Nombre:
Apellidos:	
Dirección:	Teléfono:
Localidad y Provincia:	Cód. Postal:
Edad en la que comenzaron los síntomas:	Fase de la enfermedad: <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Intermedia <input type="checkbox"/> Avanzada

TIPO DE SOCIO/A
<input type="checkbox"/> Socio/a Familiar (20 € anuales).
<input type="checkbox"/> Socio/a Colaborador (20 € anuales).
<input type="checkbox"/> Donativo extraordinario Pago de €

MODALIDAD DE PAGO			
<input type="checkbox"/> Por <i>domiciliación bancaria</i> :			
Nombre de la entidad y domicilio:			
Localidad y Provincia:			
Entidad	Oficina	D.C.	Número de cuenta
<input type="checkbox"/> Por <i>transferencia o ingreso</i> en la cuenta de la asociación en Caja Castilla-La Mancha (Calle Nieves, 6. Bolaños de Cva.). Núm. Cuenta: 2105 2079 65 1290019512			

En, a de de

Firma del socio/a

AFAL BOLAÑOS en cumplimiento de lo dispuesto por la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/1999, de 13 de diciembre y de la LSSI, procede a informarte que los datos de carácter personal que nos facilites a efectos de consulta o inscripción serán recogidos e incorporados a un fichero de datos, del cual es responsable la asociación y que sus datos han sido obtenidos por el propio destinatario. Que el objeto de dicho tratamiento será el de gestión de las consultas y solicitudes recibidas. Que el interesado goza en todo momento de los derechos de acceso, oposición, cancelación y rectificación de los datos recogidos mediante comunicación a la Asociación de Familiares de Enfermos/as de Alzheimer y otras Demencias de Bolaños.