

INSCRIPCIÓN DE PERSOAS SOCIAS COLABORADORAS

DATOS DE INSCRIPCIÓN FAMILIAR DE PERSOA CON DANO CEREBRAL OU COLABORADOR/A

- Socio/a colaborador/a Cota mínima: 60 € anuais Cota voluntaria: _____ € anual
 Familiar de persoa con DCA Cota mínima: 60 € anuais Cota voluntaria: _____ € anual

Nome e Apelidos			
DNI/CIF		Teléfono	
Domicilio			
E-mail			

Pola presente autorizo o cobro anual da cantidade _____ €, realizada pola Asociación de Danos Cerebral de Compostela SARELA a través da miña conta número:

IBAN				ENTIDADE				OFICINA				D.C.		Nº DE CONTA												

En caso de ser familiar e persoa cuidadora directa, indicar os datos da persoa con dano cerebral:

Apelidos		Nome	
NIF/CIF		Data Nacemento	
CAUSA DCA	<input type="checkbox"/> ICTUS <input type="checkbox"/> ICTUS ISQUÉMICO <input type="checkbox"/> ICTUS HEMORRÁXICO <input type="checkbox"/> TUMOR CEREBRAL <input type="checkbox"/> TCE (<input type="checkbox"/> Accidente de tráfico) <input type="checkbox"/> ANOXIA <input type="checkbox"/> OUTROS _____		Data DCA _____

DATA:

Firma da persoa socia

De conformidade ao disposto na actual normativa de Protección de datos de carácter persoal, informámoslle que o responsable de tratamento dos datos de carácter persoal recollidos é Asociación de Danos Cerebral de Compostela Sarela, cuxa finalidade é poder atender as consultas e calquera tipo de xestión realizada por este medio de comunicación. Os seus datos non se cederán a terceiros, salvo por obriga legal. Ten vostede dereito a acceder, rectificar ou suprimir os datos erróneos, solicitar a limitación do tratamento dos seus datos así como oporse ou retirar o consentimento en calquera momento. Para o mesmo, Asociación de Danos Cerebral de Compostela Sarela dispón de formularios específicos. Pode presentar a súa propia solicitude ou solicitar os nosos formularios, sempre acompañados dunha copia de seu DNI para acreditar a súa identidade en info@danocerebralsantiagodecompostela.org. Pode consultar a información adicional e detallada sobre Protección de datos solicitándoa por correo electrónico a info@danocerebralsantiagodecompostela.org.

CONSINTO: RECIBIR INFORMACIÓN POLOS SEGUINTE CANLES

Recibir Información Actividades	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NON	SMS/WHATSAPP	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NON
Recibir Boletín Informativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E-mail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toma e Difusión de Imaxes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Correo ordinario (convocatoria asembleas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>