

## INSCRIPCIÓN DE PERSOAS SOCIAS CON DANO CEREBRAL

### DATOS DE INSCRIPCIÓN PERSOA CON DANO CEREBRAL

Apelidos		Nome	
NIF/CIF		Data Nacemento	
Dirección		Código Postal	
Concello		Provincia	
Teléfono Fixo		Teléfono Móbil	
E-mail		Profesión	
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

Solicito pertencer a Asociación de Dano Cerebral de Compostela SARELA como:

Socio/a numerario/a     Cota mínima: 60 € anuais     Cota voluntaria: \_\_\_\_\_ € anual

### DOMICILIACIÓN BANCARIA DA CUOTA DA PERSOA CON DANO CEREBRAL

Titular da Conta			
DNI/CIF		Teléfono	

Pola presente, autorizo o cobro da cota de socio/a anual da cantidade de \_\_\_\_\_ €, realizada pola Asociación de Dano Cerebral de Compostela SARELA a través da miña conta:

IBAN	ENTIDADE	OFICINA	D.C.	Nº DE CONTA

Se a conta é diferente para o cobro de servizos prestados, autorizo se faga nesta conta:

Titular da Conta				
DNI/CIF		Teléfono		
IBAN	ENTIDADE	OFICINA	D.C.	Nº DE CONTA

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 Dano 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 Dano 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](mailto:info@danocerebralsantiagodecompostela.org). Pode consultar a información adicional e detallada sobre Protección de datos solicitándoa por correo electrónico a [info@danocerebralsantiagodecompostela.org](mailto: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"/>