



nueva opción

Asociación de Daño Cerebral
Adquirido de Valencia

FICHA INSCRIPCIÓN

1 de 1

SOCIO/A

Nombre			
Apellidos			
DNI			
Edad		Fecha de nacimiento	
Domicilio			
Ciudad		C.P.	
Teléfono		Móvil	
E-mail			

COLABORACIÓN

• En calidad de:

- Colaborador/a Económico
 Familiar afectado/a
 Afectado/a
- ICTUS TUMOR ANOXIA TRAUMATISMO CRANOENCEFÁLICO
 OTRAS _____

Fecha del DCA: __/__/____

• Con una aportación de:

- Trimestral 15€ 20€ 25€ 30€ _____ €
Semestral 25€ 30€ 35€ 40€ _____ €
Anual 50€ 100€ 150€ 200€ _____ €

Otra cantidad superior:

DATOS BANCARIOS

Por la presente y hasta nueva orden autorizo expresamente a Nueva Opción, Asociación de Daño Cerebral Adquirido de Valencia, a que cargue en mi cuenta el pago de los recibos que presentará a mi nombre:

IBAN: _____

Titular: _____

NIF: _____ Fdo. Titular Cuenta: _____

En _____, a __ de _____ de _____

Fdo. Asociado/a:

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, NUEVA OPCIÓN, Asociación de Daño Cerebral Adquirido de Valencia le informa que sus datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado.

De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a NUEVA OPCIÓN, Asociación de Daño Cerebral Adquirido de Valencia, C/ Greses 21 bajo, 46020 de Valencia.