



SOLICITUDE DE SOCIO

Nº SOCIO/A:

Socio fundador

Socio colaborador

Socio numerario

(a cubrir pola Asociación)

NOME

APELIDOS

ENDEREZO

NÚMERO

PISO

PORTA

C.P.

LOCALIDADE

PROVINCIA

TELÉFONO

TELEFONO MÓBIL

DNI/NIF

E-MAIL

Domiciliación bancaria

NOME DO BANCO O CAIXA

NÚMERO DE CONTA IBAN:

TITULAR DA CONTA (soamente si é diferente do socio)

DNI/NIF

A MIÑA ACHEGA É DE

UNHA COTA ANUAL DE , Dende **15€** ao ano (cota mínima)

DATA

SINATURA

PROTECCIÓN DE DATOS: Regulamento (UE) 2016/679 RGPD e LOPDGD 3/2018. ASOCIACIÓN AVELAIÑA DE AXUDA AS PERSOAS CON PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL como responsable do tratamento, tratará os seus datos para xestionar a relación como asociado. Poderá exercer os dereitos de acceso, rectificación e supresión dos datos, entre outros, tal e como se explica na información adicional que pode consultar nas nosas instalacións ou en dpd@avelaina.org.es.

