

FIGHA DE SOCIO/A



ASOCIACIÓN ENCEFALOPATÍA EPILEPTICA CON PUNTA ONDA CONTINUA DURANTE EL SUEÑO

DATOS PERSONALES

Nombre	Apellidos	D.N.I.
Dirección	Localidad(Provincia)	
Teléfono	E-mail	C.P.

DATOS BANCARIOS

Nombre Titular	Apellidos														
Nº CC															
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Para domiciliar el pago de futuras cuotas es imprescindible rellenar el documento adjunto SEPA.

RELACIÓN CON LA ASOCIACIÓN

¿Eres madre, padre o tutor legal de un niño/a con POCS ?	
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Parentesco o relación con el niño/a	
Nombre del niño/a	Primer apellido niño/a
Segundo apellido niño/a	Fecha de nacimiento
¿Tiene alguna patología asociada al POCS?	

TIPO DE ASOCIACIÓN

Socio/a <input type="checkbox"/> (Progenitores o tutores de afectados)	Socio colaborador/ra <input type="checkbox"/> (Otros)
Fecha:	
Firma:	
<p>ASOCIACIÓN ENCEFALOPATÍA EPILEPTICA CON PUNTA ONDA CONTINUA DURANTE EL SUEÑO</p> <hr/>	
*En el anexo encontrará información básica sobre protección de datos.	

Información básica sobre protección de datos

En la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE AFECTADOS POR ENCEFALOPATIA EPILEPTICA CON PUNTA ONDA CONTINUA DURANTE EL SUEÑO tratamos la información que nos facilita con el fin de llevar a cabo el servicio solicitado o la actividad de la empresa. Para ello puede ser necesario tratar datos especialmente protegidos, tales como salud, dicho tratamiento puede implicar, entre otros, la gestión, manipulación, acceso o posesión de dicha información entre otros.

Además, sus datos personales se utilizarán para cumplir con las obligaciones legales aplicables, siendo la base jurídica la ejecución de un contrato y su propio consentimiento. Los datos personales y la documentación sensible del afectado serán conservados como mínimo durante los años legalmente exigibles y a mayores durante el tiempo necesario para proporcionar el servicio solicitado, tal como se regula en el RGPD 2016/679 de 27 de abril de 2016 así como la legislación sanitaria vigente.

Los datos no serán cedidos a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal.

En cualquier caso, todo el personal que acceda, en el uso de sus competencias, a cualquier información de la historia clínica quedará sujeto al deber de guardar secreto sobre los datos personales a los que tenga acceso.

Usted tiene derecho a obtener la confirmación sobre si en ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE AFECTADOS POR ENCEFALOPATIA EPILEPTICA CON PUNTA ONDA CONTINUA DURANTE EL SUEÑO estamos tratando sus datos personales, así como a ejercer sus derechos como interesado de limitación, modificación, rectificación o supresión. Puede obtener más información dirigiéndose a:

Responsable: ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE AFECTADOS POR ENCEFALOPATIA EPILEPTICA CON PUNTA ONDA CONTINUA DURANTE EL SUEÑO – 888232855 – Dir. Postal: PLAZA DOCTOR CORTEZO, Nº1 BAJO C, 28821, COSLADA (MADRID) – Teléfono: 672388692

A FIRMAR POR EL TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL

ACEPTO Y CONSIENTO QUE MI NÚMERO DE TELÉFONO SEA UTILIZADO PARA REALIZAR COMUNICACIONES VÍA WHATSAPP PARA ALGUNA DE LAS FINALIDADES INDICADAS EN LA INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

FIRMO CONFORME HE SIDO INFORMADO, ENTIENDO Y AUTORIZO EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES ASÍ COMO LOS DEL AFECTADO DEL CUAL SOY TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL

Fecha: ___/___/___ DNI: _____

Nombre y apellidos del menor afectado: _____

Nombre y apellidos del tutor o representante: _____ DNI: _____

Firmado: _____

ASOCIACIÓN ENCEFALOPATÍA EPILEPTICA CON PUNTA ONDA CONTINUA DURANTE EL SUEÑO

ORDEN DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA

Referencia de la orden de domiciliación: Cuota socio.

Identificador entidad donataria: G88232855

Nombre entidad donataria: Asociación Española Encefalopatía Epiléptica con Punta Onda Continua durante el Sueño (POCS)

Todos los campos han de ser rellenados obligatoriamente. Una vez firmada esta orden de domiciliación deberá ser enviada al acreedor para su custodia.

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor (socio) autoriza al acreedor (entidad donataria) a enviar instrucciones a la entidad bancaria del deudor para adeudar en su cuenta así como, a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta (únicamente cuota ANUAL de socio) siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el acreedor está legitimado al reembolso por su entidad bancaria en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas siguientes a la fecha de adeudo en cuenta.

Nombre y apellidos del aportante:

N.I.F.:

Dirección (calle, numero y piso):

C..P. – Población – Provincia:

Teléfono:

E-mail:

IBAN				ENTIDAD				OFICINA				D.C.		Nº CUENTA															

Referencia para hacer donativos si se desea:

IBAN				ENTIDAD				OFICINA				D.C.		Nº CUENTA															
E	S	0	7	2	1	0	0	1	8	9	9	3	5	0	2	0	0	3	1	1	8	0	0						

TITULAR: Asoc. Esp. Encefalopatía Epiléptica POCS.

Firma del aportante: