

ASPERCAMP

Associació ASPERGER-TEA del Camp de Tarragona



DOCUMENT D'ALTA DE SOCI COL.LABORADOR

EN/ NA _____ NIF: _____

ADREÇA: _____

C.P.: _____ POBLACIÓ: _____ PROVINCIA: _____

TEL.FIX: _____ TEL.MOBIL: _____ MAIL: _____

RELACIÓ AMB SA (pare, mare, afectat, altres) _____

Solicita inscriure's a la associació Aspercamp com a soci col.laborador i, per lo tant, autoritzo a l'Associació Asperger-TEA del camp de Tarragona a girar a la meva conta bancaria la quota voluntària de:

€

Aquest import tindrà una periodicitat:

Anual _____ Semestral _____ Trimestral _____ Mensual _____

Altra: _____

IBAN: _____ C/C: _____ / _____ / _____ / _____

SIGNATURA:

Podeu scannejar i enviar el document a: adm.aspercamp@gmail.com. Molt agràits !

D'acord amb l'establert per la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (LODP), l'informem que les seves dades estaran incorporades a un fitxer del que és titular Associació Asperger-TEA del Camp de Tarragona amb la finalitat de realitzar la gestió administrativa, contable i fiscal, així com enviar-li comunicacions sobre les nostres activitats.

Tanmateix, li informem de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició de les seves dades al domicili de Associació Asperger-TEA del Camp de Tarragona amb seu al c/Méndez Nuñez, 21, Entl. 2ª 43004 Tarragona.

SIGNATURA: