HOJA DE AFILIACIÓN

(no cubrir)

NºAFILIADO :

APELLIDOS

NOMBRE

F.NACIMIENTO D.N.I.

PROFESION SEXO: M H

LOCALIDAD C. POSTAL

DOMICILIO PROVINCIA

TLF. FIJO TLF. MOVIL

E-MAIL

FORMA DE PAGO: *contado* *transferencia* *banco* CU OTA PERIODICIDAD: semestral anual

(mínimo 10 € anual)

A INGRESAR EN **ES43 2080 5079 8530 4001 3734** SI LA MODALIDAD DE PAGO ELEGIDA ES TRANSFERENCIA

A RELLENAR SI LA MODALIDAD DE PAGO ELEGIDA ES LA DE RECIBO POR BANCO

TITULAR DE LA CUENTA

BANCO/CAJA AHORROS

DOMICILIO SUCURSAL

NUMERO DE CUENTA

E S

PRESENTADO POR:	PRESENTADO POR:
FIRMA:	FIRMA:
D.N.I.:	D.N.I.:

_____a_____de_____ del 20__

_____

Firma del afiliado

FOTOCOPIA DNI

ANVERSO

FOTOCOPIA DNI

REVERSO

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos, le informamos que autoriza a que los datos solicitados pasen a formar parte de los ficheros del Partido Cangas Decide, con domicilio en C/Rosada,55B-36947-Cangas, con la finalidad de gestionar su participación y ofrecerle información acerca de nuestras actividades por correo ordinario, electrónico, SMS u otro medio de comunicación electrónica equivalente, ante las cuales podrá ejercer sus derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición al tratamiento de la información que le concierne, dirigiéndose por escrito al Partido Cangas Decide, acompañado por una fotocopia de DNI.

Si no desea ser informado de nuestras actividades, marque esta casilla:

SR. DIRECTOR BANCOO CAJA DE AHORROS

SUCURSAL Nº_____DOMICILIO SUCURSAL_____

MUNICIPIO_____PROVINCIA_____C.P._____

Muy Sr. Mio:

Ruego a Vd. Que hasta nuevo aviso, haga efectivos al Partido Cangas DECIDE, en concepto de cuota de asociacion, los recibos que le presente por Euros_____ con cargo a mi cuenta corriente/libreta de Ahorro: _____

FECHA:_____/_____/_____ NOMBRE Y APELLIDOS:_____

Firma