**Asociación de Esclerosis Múltiple de Alicante**

C/ Poeta Blas de Lomas, 8 bajo

03005 - **ALICANTE**

Tel. **965 13 15 12**

Móvil 654204870

**info@ademalicante.org**

**FICHA DE SOCIO**

NOMBRE......................................................................................................................

APELLIDOS.................................................................................................................. DIRECCION............................................................................................C.P............... POBLACION...........................................PROVINCIA.................................................. D.N.I..................................................... TELEFONO....................................................

AFECTADO... SI (...) NO (....) PENSIONISTA... SI (...) NO (...)

PROFESION............................................................ TRABAJA........... SI (...) NO (...)

FECHA DE NACIMIENTO..........................

E-MAIL(imprescindible)………………………………………………..

CORRESPONDENCIA SI (...) NO (...)

(Señale con una X el Si o el No según proceda)

Deseo ser socio/a de adEMa con la cantidad de........................... euros anuales (Cuota mínima 65€/año), dicho pago ruego sea: anual o semestral. (Táchese lo que no proceda).

En Alicante, a........ de.......................... de ..................

Firmado.

--------------------------------------------------------------------------------------------------------

**DATOS BANCARIOS**

ENTIDAD \_ \_ \_ \_ OFICINA \_ \_ \_ \_ D.C. \_ \_ NUMERO DE CUENTA \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

BANCO / CAJA.............................................................................................................

DOMICILIO....................................................................................C.P........................

POBLACION.................................................... PROVINCIA.....................................

Muy Sres. míos:

Les agradeceré que hasta nuevo aviso carguen en mi cuenta los recibos que a mi nombre presente ADEMA.

En Alicante, a................de........................................... de........................

Firmado.

**Información básica sobre Protección de datos**

Responsable: ASOCIACIÓN DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE ALICANTE; Finalidad: Gestión del historial clínico del paciente; Legitimación: Consentimiento del interesado; Destinatarios: Están previstas cesiones de datos a: Administración Pública con competencia en la materia; Derechos: Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, indicados en la información adicional, que puede ejercer dirigiéndose a la dirección del responsable del tratamiento; Procedencia: El propio interesado; Información adicional: Www.ademalicante.org/informacionrgpd.

en Consentimiento para tratar datos de salud