



A.F.A. LA RAMBLA

SOCIO/A FAMILIAR

Nº Orden _____

D/Dª _____

con D.N.I. _____, domicilio en _____

nº _____ de _____ y nº de teléfono _____

SOLICITA ser admitido/a como socio/a de la Asociación de Familiares y Amigos de los Enfermos de Alzheimer y otras demencias de La Rambla, “A.F.A. La Rambla”, y **AUTORIZA** a la misma a realizar el cargo de una:

CUOTA TRIMESTRAL 15,03€ (Se efectuará el cargo en los meses de Enero, Abril, Julio y Octubre)

CUOTA ANUAL 60,10 € (Se efectuará el cargo en Enero)

en el Nº de Cuenta _____

en concepto de cuota de socio/a de pertenencia a esta organización por plazo indefinido hasta nuevo aviso. Y para que surta a los efectos oportunos suscribo la presente en

En _____ a _____ de _____ de _____

Fdo.: _____

En cumplimiento de lo establecido en la normativa vigente en materia de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos personales serán tratados y quedarán incorporados en un fichero denominado SOCIOS cuya responsabilidad es de ASOCIACION DE FAMILIARES Y ENFERMOS DE ALZHEIMER AFA LA RAMBLA.

Así mismo, le informamos que usted puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición en la siguiente dirección: Carretera La Rambla-Montalban, S/N. - Edificio La Aduana, 14540 La Rambla (Córdoba).