

Asociación Coruñesa de Epilepsia

DATOS PERSONALES

Primer Apellido

Segundo Apellido

Nombre

Domicilio

D.N.I

Código Postal

Localidad

Email

Provincia

Teléfono Particular

Móvil

AURORIZACIÓN PARA DESCUENTO BANCARIO

Entidad Bancaria

Dirección

IBAN (Nº de cuenta)

Cuota

15€ anual

Localidad

Fecha

Firma

Yo, D. _____ con D.N.I Nº _____ y de conformidad con la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos Personales y por medio de este documento, autorizo a la Asociación Coruñesa de Epilepsia y presto mi consentimiento para el tratamiento de mis datos personales, que yo mismo procuro a la mencionada entidad, para que puedan ser incorporados al Fichero de Datos "LA ASOCIACIÓN CORUÑESA DE EPILEPSIA", del que es titular la mencionada entidad.

La Asociación Coruñesa de Epilepsia garantiza que se han adoptado las medidas oportunas de seguridad en sus instalaciones, sistemas y ficheros. Asimismo, se garantiza la confidencialidad de mis datos personales y que no van a ser utilizados para finalidades distintas a las indicadas.

Así mismo, soy conocedor de mis derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante los procedimientos establecidos en la Ley Orgánica 15/1999 de protección de Datos Personales.

En _____ a _____ de _____ de _____ .

Firmado _____