# ALTA DE PERSONA SOCIA CON DISCAPACIDAD Y DOMICILIACIÓN BANCARIA

**TIPO DE SOCIO:** ESPINA BÍFIDA HIDROCEFALIA

 OTRA DISCAPACIDA. ¿CUÁL?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**APELLIDOS Y NOMBRE**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## NOMBRE DE MADRE Y PADRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DOMICILIO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CÓDIGO POSTAL:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **LOCALIDAD:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**PROVINCIA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TELÉFONO FIJO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**TELÉFONOS MÓVILES:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**E-MAIL:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**LA INFORMACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE AEBHA Y RECURSOS SOCIALES SE ENVIA POR WHATSAPP.**

**CUOTA:** 90 €/año 45€/semestre Otra (indíquela):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ENTIDAD:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NÚMERO CUENTA:** \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Entidad Oficina D.C. Cuenta

**TITULAR DE LA CUENTA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**□ SI** AUTORIZO A QUE AEBHA COMUNIQUE A HACIENDA LOS DATOS DE MI APORTACIÓN DE CUOTA DE SOCIO (para poder beneficiarme de la deducción correspondiente en la Declaración de la Renta)

**NOMBRE Y APELLIDOS DEL DECLARANTE**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **DIRECCIÓN COMPLETA**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**□ NO** AUTORIZO A QUE AEBHA COMUNIQUE LOS DATOS DE MI APORTACIÓN DE CUOTA DE SOCIO

 **FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA: FIRMA (padre, madre o tutor/a en caso de que sea menor de edad)**

Le informamos que los datos de carácter personal que nos faciliten, incluidos los de salud podrán ser incluidos en los ficheros de la asociación con los fines de beneficiar a la persona asociada, y mantenerle informado de las novedades de la asociación. En todo caso responde de la veracidad de los mismos y deberá comunicarnos cualquier modificación que pudiera existir en los datos que nos aporta.

Podrán ser cedidos a la Fundación Activa Espina Bífida de la Comunitad Valenciana o a nuestra federación provincial COCEMFE Alicante si ello fuera necesario para poder conseguirle un beneficio/ subvención/tratamiento especial y a las Administraciones Públicas competentes con la misma finalidad. Así mismo nos pondremos en contacto con usted por cualquier medio de comunicación incluidos medios electrónicos para informar de las actividades y novedades de las que formamos parte.

Asimismo nos autoriza, salvo manifestación en contrario a utilizar las imágenes relativas a personas socias para las actividades propias de la asociación y para sus publicaciones, página Web, vídeos, trípticos informativos y/o carteles, pudiendo ser publicadas en tales medios.

□ No autorizo al tratamiento de datos de mi imagen o de mi hijo o hija.

Determinados tratamientos pueden ser registrados mediante grabaciones o fotografías con el fin de realizar un seguimiento y mejor diagnosis de la enfermedad. Estas grabaciones pueden ser facilitadas a los facultativos que realizan o prescriben las terapias, así como en el ámbito científico para un mejor estudio de la enfermedad. Si marca la siguiente casilla NO serán grabadas las imágenes.

Puede acceder, rectificar o cancelar sus datos de nuestros ficheros para lo cual deberá hacernos llegar su consulta por escrito a la sede central de la Asociación.

Si no desea recibir información de la asociación, indíquenoslo: NO deseo recibir información de su Asociación □