# ALTA DE PERSONA SOCIA COLABORADORA Y DOMICILIACIÓN BANCARIA

**PERSONA SOCIA COLABORADORA:**

* EMPRESA
* PARTICULAR

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

**DNI/ CIF** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**TELÉFONO FIJO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**TELÉFONO MÓVIL:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**¿DESEA RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE LAS ACTIVIDADES DE AEBHA Y RECURSOS SOCIALES? LA INFORMACIÓN SE ENVÍA POR WHATSAPP.**

 SÍ

**CUOTA :** 10 € 20€ 30€ 60€ Otra (indíquela):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PERIODICIDAD DE LA CUOTA :** MENSUAL TRIMESTRAL SEMESTRAL ANUAL

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

**IBAN:** \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TITULAR:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*AEBHA es una organización declarada de Utilidad Pública y está incluida en los regímenes fiscales de las entidades sin fines lucrativos, por lo que si lo desea le emitiremos un certificado de* ***desgravación para la agencia tributaria (35% por empresa y 25% por persona particular).***

**□ SÍ** AUTORIZO A QUE AEBHA COMUNIQUE A HACIENDA LOS DATOS DE MI APORTACIÓN DE CUOTA DE PERSONA SOCIA (para poder beneficiarme de la deducción correspondiente en la Declaración de renta)

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

**¿CÓMO NOS HAS CONOCIDO?:** AMISTAD CON DISCAPACIDAD

 FAMILIAR DE PERSONA CON DISCAPACIDAD

 OTROS (especificar)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Le informamos que los datos de carácter personal que nos faciliten, podrán ser incluidos en los ficheros de la asociación con los fines de gestionar su colaboración y de beneficiar al asociado, y mantenerle informado de las novedades de la asociación, nos pondremos en contacto con usted por cualquier medio de comunicación incluidos medios electrónicos para mantenerle informado de las actividades y novedades de las que formamos parte. En todo caso responde de la veracidad de los datos que nos facilita y deberá de comunicarnos cualquier modificación que pudiera existir en los datos que nos aporta.

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.