



Centro Sanitario NICA 28626

ASOCIACIÓN GADITANA DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

Socio N°:.....

Nombre y apellidos:.....

D.N.I.: Teléfonos:.....

E-mail:

Domicilio:..... C.P.:.....

Población:.....Provincia:.....

Ruego carguen los recibos que a mi nombre presenta "AGAMAMA", correspondientes a las cuotas de socio en mi cuenta del Banco o Caja de Ahorros.....

CUOTA TRIMESTRAL:

- 30 €
- ... €

CÓDIGO CUENTA CLIENTE												
Entidad	Sucursal	D. C.	N° de cuenta									

(*) A rellenar por la Asociación

Firma:

..... a de de 20.....

Mediante la cumplimentación del presente formulario acepta y autoriza expresamente que sus Datos Personales sean tratados por la Asociación Gaditana de Mujeres con Cáncer de Mama "AGAMAMA", con domicilio social en social C/ Sociedad, 3 Bajo, 11008 de Cádiz, con la finalidad de gestionar su inscripción como socio, incluidas las imágenes que se puedan recoger en cualquiera de las actividades organizadas por la Asociación y el envío periódico de información sobre nuestras actividades y servicios.

De acuerdo con la legislación vigente, el titular de los datos tiene el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos. Para ejercitar estos derechos, los solicitantes pueden dirigirse por correo postal a la dirección antes indicada.

Firma: