COLABORADOR Nº

APELLIDOS.....

NOMBRE..... **D.N.I**.....

DIRECCIÓN.....

.....

CIUDAD ..... **C.P**.....

TELEFONO (s)..... .....

CORREO ELECTRÓNICO:.....

Acepto ser COLABORADOR de la Asociación AFAL FERROLTERRA, comprometiéndome a hacer efectivo el pago de:

☐ **Cuota semestral: ……. Importe**

☐ **Cuota anual: ……Importe**

Entidad Oficina D.C. Nº Cuenta

Entidad Bancaria.....

Dirección.....

El pago de la cuota se efectuará por anticipado según la modalidad, anual o semestral.

FECHA FIRMA

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, le informamos de que sus datos personales pasarán a formar parte de un fichero, cuyo responsable es ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS AFAL FERROLTERRA con domicilio social en C/Río Castro 43-45, Bajo, 15404 Ferrol (A Coruña). La finalidad de este fichero es llevar a cabo la gestión y control de la relación con nuestros socios numerarios y colaboradores. Igualmente, le informamos de que, salvo que manifieste su oposición marcando la casilla habilitada a tales efectos, le enviaremos información actualizada sobre programas y actividades de la asociación. Si lo desea podrá revocar su consentimiento y ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito a la dirección señalada, adjuntando una fotocopia de su DNI. ☐ No deseo recibir información sobre programas y actividades de la asociación.