

* Socio/a Nº:

* Fecha Alta:

* Espacios a rellenar por la asociación

DATOS PERSONALES

NOMBRE:

APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

D.N.I.:

TELÉFONO 1:

TELÉFONO2:

DIRECCIÓN:

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

EMAIL:

Indique la cuantía con la que desea colaborar y la periodicidad del pago, teniendo en cuenta que el mínimo establecido es de 10 € al trimestre:

Mensual

Trimestral

Semestral

Anual

Cuantía

DATOS PARA LA DOMICILIACIÓN BANCARIA DE LA CUOTA

IBAN	ENTIDAD	OFICINA	D.C.	NÚMERO DE CUENTA

Firma y fecha: _____

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES. Los Datos facilitados se recaban exclusivamente para el cumplimiento de los fines estatutarios de la asociación y el eficaz desarrollo de sus actividades, siendo incorporados a un fichero, titularidad de la Asociación "A.SI.QUI.PU.", para lo que se presta consentimiento, así como para su tratamiento, pudiendo ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente, dirigiéndose por escrito a: Asociación Si Quieres Puedo C/ Julio Romero de Torres nº 8-10 C.P. 11.160 Barbate (Cádiz).

(* La presente solicitud de adhesión está supeditada a la aceptación por la Junta Directiva.