

ASOCIACION PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD DE EUSKADI (ASDESANE)

Dirección a efectos de correo: Artatzagana 20, Local derecha

Población: Leioa Código Postal: 48940 Provincia: Bizkaia

Correo Electrónico: asdesane@gmail.com

**ASDE
SANE**
Asociación para la defensa
de la sanidad de Euskadi

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN COMO SOCIO/A DE LA ASOCIACIÓN PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD DE EUSKADI

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

DNI: _____ Fecha Nacimiento: _____

PROFESIÓN: _____

TELÉFONO _____ Email: _____

Domicilio _____

Población: _____ C.P. _____ Provincia _____

Me gustaría participar activamente en la Asociación.

Por la presente y reuniendo los requisitos establecidos por esta Asociación, SOLICITO el ALTA como MIEMBRO-SOCIO/A de la ASOCIACION PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD DE EUSKADI a partir de la fecha más abajo indicada, comprometiéndome a abonar las cuotas que en su caso la asociación establezca y aceptando los términos que se reflejan en los Estatutos de la Asociación.

Firmado: _____

(Nombre, apellidos y firma)

En _____, a _____ de _____ de _____

A efectos de lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 General de Protección de Datos y la normativa vigente asociada, la aportación de los datos solicitados, por parte de los interesados, supone el consentimiento de los mismos para el tratamiento de su datos con la finalidad de la gestión de las actividades y servicios propios de la ASOCIACION PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD DE EUSKADI (ASDESANE) así como para realizar comunicaciones propias de la asociación a través de los medios de contacto convencionales y electrónicos facilitados. ASDESANE informa que puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación al tratamiento de sus datos personales, mediante escrito dirigido a la ASOCIACION PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD DE EUSKADI (ASDESANE) a través de correo electrónico: asdesane@gmail.com, indicando los datos identificativos, dirección o email de contacto, motivos de la solicitud y documentación justificativa, para lo cual deberá aportar documento que acredite su identidad.

ORDEN DE DOMICILIACION BANCARIA

Nombre y apellidos del Titular: _____

DNI / NIE del Titular: _____

IBAN (24 dígitos): _____

Hasta nuevo aviso, ruego tengan en cuenta este documento para adeudar en la cuenta arriba indicada el recibo o letra que a mi nombre le sean presentados para su cobro por la ASOCIACION PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD DE EUSKADI (ASDESANE)

Atentamente, en _____ a _____ de _____ de _____