



ASOCIACIÓN ATROFIA MULTISISTÉMICA ESPAÑA

HAZTE SOCIO - DOMICILIACIÓN

El presente formulario NO TENDRÁ VALIDEZ si no se envía copia digitalizada debidamente firmada a:
info@amsespaña.org

INFORMACIÓN PERSONAL:

Nombre		
1º Apellido	2º Apellido	
Teléfono	Nacimiento	/ /
N.I.F.	e-mail:	
Dirección	Población	
Código Postal	Provincia	País
Categoría: <input type="radio"/> Paciente <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Simpatizante		
Contacto de cuidador:		

FORMA DE PAGO:

Nº cuenta bancaria: _____

Aportación 20€/trimestre Otra cantidad: _____

DATOS SANITARIOS:

Diagnóstico:

Año de diagnóstico:

Hospital de referencia:

Especialista:

Incapacidad (fecha):

Discapacidad:

Grado de dependencia:

Tratamiento:

TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Información básica sobre Protección de datos:

Responsable: ATROFIA MULTISISTÉMICA ESPAÑA; Finalidad: Los datos aportados por el interesado serán tratados por la Asociación Atrofia Multisistémica España con la finalidad de realizar la gestión administrativa y económica de los socios así como gestionar los servicios y actividades que ofrece esta Asociación y que el interesado solicite, también para informarle por cualquier medio, incluidos los medios electrónicos, de cualquier cuestión relacionada con los servicios prestados y actividades de esta Asociación. Legitimación: cumplimiento de una obligación legal, interés legítimo del responsable, consentimiento del interesado. Derechos: puede ejercer todos los derechos según la legislación vigente sobre protección de datos. Destinatarios: Están previstas cesiones de datos identificativos a entidades con las que se tengan conciertos de colaboración.

CONSENTIMIENTO EXPLÍCITO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Autorizo la cesión de datos identificativos a entidades de asistencia legal y médica para la gestión de los servicios ofrecidos a los socios, así como el tratamiento de mis datos conforme a lo indicado.

- SI
 NO

firma

Fdo. D/Dña. _____
_____, a ____ de _____ de _____