Asociación Española de
Fiebre Mediterránea Familiar
y Síndromes Autoinflamatorios

SOLICITUD DE INGRESO

SOCIO COLABORADOR

Nombre:

Primer apellido:

Segundo apellido:

NIF: Fecha de nacimiento:

Domicilio (Calle, numero, esc. piso, puerta)

Población: Provincia: CP:

Correo electrónico:

Tfno. fijo: Tfno. móvil:

Deseo colaborar con la Asociación Española de Fiebre Mediterránea Familiar y Síndromes Autoinflamatorios con la cantidad de:

Cuota mínima 20 € al año

☐ 20 € al año ☐ 30 € al año ☐ 50 € al año Otra ……..

Autorizo a que se domicilie la cuota anual de la asociación en la cuenta corriente indicada:

Entidad Sucursal DC Número de cuenta

E S _ (Por favor verifica que has escrito los 22 dígitos)

He leído los estatutos de la asociación y la advertencia de privacidad

Fecha: Firma:

Enviar a:

Stop FMF
C/ Ramón y Cajal 35
46111, Rocafort, Valencia

Advertencia de Privacidad: Los datos de carácter personal que nos proporcionas quedarán registrados en un fichero ubicado en la dirección arriba indicada e inscrito en la Agencia Española de Protección de Datos con número de referencia 2151830190 cuyo responsable es la Asociación. Estos datos tienen como finalidad la de comunicarnos contigo para tareas relacionadas con la asociación así como realizar una adecuada gestión administrativa y económica de dicha asociación. Todos los campos indicados son obligatorios para conseguir los fines anteriormente citados a excepción de los teléfonos (podrá omitirse uno de ellos). La ausencia de algún dato obligatorio conllevará la paralización del proceso de ingreso. La falta de veracidad de los datos puede conllevar la expulsión de la asociación sin perjuicio de cualesquiera acciones procedentes en Derecho. Puedes ejercitar tus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el secretario de la asociación en la dirección arriba indicada.