ASOCIACIÓN DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y VASCULITIS DE CASTILLA Y LEÓN

SOLICITUD DE ADMISIÓN DE SOCIO

D./Dª. con D.N.I / N.I.E..:

Domiciliado/a en:

C.P.: Población: Provincia:

Teléfono: Correo Electrónico:

En calidad de: Paciente / Familiar / Otros _____

Fecha de nacimiento:

Enfermedad diagnosticada (opcional):

SOLICITA: la admisión como socio en la Asociación de Enfermedades Autoinmunes y Vasculitis de Castilla y León con todos los derechos y obligaciones que establecen los Estatutos de esta Asociación, abonando la cantidad de TREINTA Y CINCO EUROS (35 €), en concepto de cuota del año 20__,

- ☐ En la cuenta de esta Asociación IBAN ES4030350274762741039024 de CAJA LABORAL, sucursal de calle Héroes del Alcázar, 2 (esquina C/ Santiago) de Valladolid, incluyendo como concepto "Cuota anual AÑO EN CURSO + NOMBRE y APELLIDOS" (Ej.: Cuota anual 2019 José Torres Iglesias).
- ☐ Domiciliación anual del cobro: IBAN: ES_ _

En Valladolid, a de de 20__

Fdo.:

De conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de Abril de 2016 (GDPR) le informamos que los datos personales facilitados en este documento, serán incorporados a un fichero propiedad de EAVACyL, que tiene por finalidad la inscripción y gestión administrativa del usuario en las actividades, servicios y programas desarrollados por la Entidad.

Usted podrá ejercer su derecho de acceso, rectificación, oposición y/o cancelación enviando correo electrónico a eavacyl@eavacyl.org.