

ASOCIACIÓN DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y VASCULITIS DE CASTILLA Y LEÓN

SOLICITUD DE ADMISIÓN DE SOCIO

D. /D^a. _____ 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__ ,

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.