Associació EMAD Sant Feliu

Entorn Malalts d'Alzheimer i Demències

C/ Luchana, 22-Apartat 99- 17220 Sant Feliu de Guíxols

a/e: emadsantfeliu@emadsantfeliu.org - web: www.emadsantfeliu.org

SOL·LICITUD D'ALTA D'ASSOCIAT

Amb aquest document sol·licito d'ésser donat d'alta com a associat d'**EMAD Sant Feliu (Entorn Malalts d'Alzheimer i Demències)** i per aquest motiu els facilito les meves dades personals.

Nom i cognoms: _____

Adreça: _____

Codi Postal: _____

Població: _____

Telèfon: _____

E-mail: _____

Quota anual: _____ € (mínim 13.00, els quals es consideraran com a quota de soci).

Signatura:

Sant Feliu de Guíxols, ___ de _____ de _____ .

"En compliment de la Llei de Protecció de Dades de caràcter personal (LOPD 15/1999 de 13 de desembre), posem al seu coneixement que les dades formen part d'un fitxer, responsabilitat de l'Associació EMAD Sant Feliu. Les seves dades seran tractades amb la màxima confidencialitat i diligència. Si vol exercir els seus drets d'accés, rectificació, oposició o cancel·lació de dades, pot dirigir-se al responsable del fitxer: Associació EMAD Sant Feliu."

EMAD Sant Feliu — DOMICILIACIÓ BANCÀRIA

Entorn Malalts d'Alzheimer i Demències

Senyor Director de Banc/Caixa _____,

Li agrairé que carreguin al meu compte a la vista número

els rebuts que l'associació **EMAD Sant Feliu** presenti al cobrament.

Titular del compte: _____ .

Data: _____. Signatura:

Podeu fer arribar aquesta sol·licitud d'alta d'associat juntament amb la domiciliació bancària a:
EMAD Sant Feliu, Apartat de Correus 99 (o al C/Luchana, 22), 17220 Sant Feliu de Guíxols