



LIMFACALL - Asociación catalana de afectados de linfedema y lipedema

Teléfono de contacto: 644 90 23 62

Dirección a efectos de correo: C/Joaquim Malats, 32 - 08130 Santa Perpetua de Mogoda (Barcelona)

Correo Electrónico: limfacall@gmail.com WEB: www.limfacall.org

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN COMO SOCIO/A DE LA ASOCIACIÓN "LIMFACALL"

NOMBRE Y APELLIDOS _____

DNI: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono móvil: _____

Correo electrónico: _____

Domicilio _____

Población: _____ C.P. _____ Provincia _____

Por la presente y reuniendo los requisitos establecidos por esta Asociación, SOLICITO el ALTA como SOCIO/A de la Asociación Catalana de afectados de linfedema y lipedema LIMFACALL a partir de la fecha más abajo indicada, comprometiéndome a abonar la **cuota anual de 50 euros** que establece la asociación y aceptando los términos que se reflejan en los Estatutos de la Asociación.

Haciendo un primer ingreso en el numero de cuenta **ES71 2100 0153 1801 0202 2933**, el cual enviaré por correo electrónico a limfacall@gmail.com con mis datos como comprobante.

_____, a _____ de _____ de _____

Firmado: _____

(Nombre, apellidos y firma)

A los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y demás normativa de desarrollo, el/la firmante autoriza la utilización de sus datos personales contenidos en los documentos presentados y su tratamiento en un fichero titularidad de la Asociación, con la exclusiva finalidad de la resolución del expediente así como para gestionar cualquier aspecto relativo a su relación con la Asociación. Quedo enterado/a de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos obrantes en el mencionado fichero, pudiendo ejercer dichos derechos mediante una carta dirigida a la Asociación en la dirección señalada al principio de esta solicitud, debidamente firmada, incluyendo su nombre completo, dirección y una fotocopia de su Documento Nacional de Identidad (DNI) o cualquier otro documento válido.

Si lo desea puede domiciliar la cuota, cumplimentando los siguientes datos:

ORDEN DE DOMICILIACION BANCARIA

Nombre y apellidos del Titular de la cuenta: _____

DNI / NIE del titular de la cuenta: _____

Banco o Caja: _____

Nº CUENTA (20 dígitos): _____

Hasta nuevo aviso, ruego tengan en cuenta este documento para adeudar en la cuenta arriba indicada el recibo o letra que a mi nombre: _____

le sean presentados para su cobro por la Asociación Catalana de afectados de Linfedema y Lipedema LIMFACALL.

Atentamente, en _____ a _____ de _____ de _____.

Firmado: _____