

Nº DE SOCIO/A	
Fecha de Alta	
Fecha de Baja	
Afectado/a por la enfermedad	
Llevas bolsa de ostomía	

### SOLICITUD INSCRIPCIÓN DE SOCIO/A

NOMBRE \_\_\_\_\_

APELLIDOS \_\_\_\_\_

N.I.F. \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

LOCALIDAD \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_ TELÉFONO FIJO \_\_\_\_\_ MÓVIL \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

PROFESIÓN \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_

### MANIFIESTO

Que deseo ser dado de alta como socio/a de la Asociación Socio Sanitaria Enfermedades Inflamatorias Intestinales con C.I.F. G 94086238, con los derechos y deberes propios en el desenvolvimiento de las actividades programadas y dirigidas por dicha entidad sen ánimo de lucro, comprometiéndome a cumplir lo establecido en los estatutos de la asociación. Mi interés fundamental está basado en el convencimiento de que de esta forma contribuiré a la consecución de un fin social y de forma voluntaria.

Por todo esto:

Colaborare como afectado con una cuota anual de 20 €.

En caso de no ser afectado y querer ser socio/a colaboraré con una cuota de 10 € anuales.

En caso de querer colaborar con otra cantidad indicar importe \_\_\_\_\_

Para que así conste, firmo el presente documento voluntariamente en \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

Marca con una (x) como quieres recibir la información	
Teléfono	
Wasap	
Correo Electrónico	
Correo Postal	

Firma del solicitante

Con esta inscripción, acepto que existe a posibilidad de que se realice algún tipo de cobertura audiovisual en las actividades, y por lo tanto, que mis imágenes en fotos e/o vídeos sean de distribución pública. En el caso de NEGARSE marque el siguiente recuadro

Los datos facilitados a través de este formulario serán incorporados al registro de socios/as de la asociación y se utilizaran exclusivamente para uso interno. En cumplimiento con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal le informamos que los datos personales que nos facilite serán incorporados en un fichero bajo la responsabilidad de ASOCIACION SOCIOSANITARIA ENFERMEDADES INFLAMATORIA INTESTINAL Y OSTOMIZADOS y serán tratados con la finalidad de mantener la relación asociativa que nos une. Si lo desea, podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a ASOCIACION SOCIOSANITARIA ENFERMEDADES INFLAMATORIA INTESTINAL Y OSTOMIZADOS, con domicilio en C/ SOR LUCIA, 2 5º PLANTA OFICINA 56 36002 PONTEVEDRA. Le rogamos que en supuesto de producirse alguna modificación de sus datos personales, nos lo comunique con el fin de mantener actualizados los mismos.