

FICHA DE SOCIO

Nombre: _____ Apellidos: _____

DNI: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Profesión: _____

Domicilio: _____ Nº: _____ Esc. /Piso _____

C.P. _____ Localidad: _____ Provincia _____

Telf.: _____ Móvil: _____ e-mail: _____

 SOCIO
 COLABORADOR
 AMIGO
 VOLUNTARIO

Nombre de la persona con discapacidad (Si procede): _____

Relación de parentesco con ella (o de otro tipo): _____

¿Acude algún Centro de ASPRODES o de otra entidad? _____ ¿A cuál? _____

FORMA DE PAGO:

 Cargo en Banco (Titular el socio):

| IBAN | | | | ENTIDAD | | | OFICINA | | | DIGITO CONTROL | | NUMERO DE CUENTA | | | | | | | | | | | | | |
|------|--|--|--|---------|--|--|---------|--|--|----------------|--|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

 Transferencia en cuenta de ASPRODES Nº: **ES41 2108 2200 47 0030003503**
 Pago en metálico en ASPRODES (C/ Lugo, 23 - Bajo)

CUOTA ANUAL:

 30 € (cuota mínima)
 40 €
 50 €
 80 €

 100 €
 120 €
 Otra cantidad: _____ €

¿CÓMO DESESA RECIBIR LA INFORMACIÓN?:

 Por carta
 Por e-mail
 No deseo recibir información

¿CÓMO PUEDO COLABORAR?: Explícanos en qué puedes colaborar con nosotros:

Fecha: _____

Firma: _____

LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS: Conforme a lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, el afectado queda informado y consiente que los datos recogidos formen parte del fichero **SOCIOS** inscrito en el Registro General de Protección de Datos, cuyo responsable es ASPRODES FEAPS SALAMANCA y cuya finalidad es la gestión de cobros de cuotas, comunicación de agenda de actividades y eventos, envío de memorias anuales y convocatoria de Asambleas.

Respecto de los datos personales, podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a través de escrito ante la oficina de servicios centrales (Mariseca 1, 37003 Salamanca) o ante cualquiera de los demás centros de ASPRODES FEAPS SALAMANCA, junto con prueba válida en derecho de su identidad, como fotocopia del D.N.I.