

**HOJA DE REGISTRO DE NUEVOS ASOCIADOS DE
LA ASOCIACIÓN DE GLAUCOMA PARA AFECTADOS Y
FAMILIARES (AGAF)**

NOMBRE: _____ N° ASOCIADO:

APELLIDOS: _____

D.N.I.: _____ SEXO: H M

FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____

C.P. _____ POBLACIÓN: _____

PROVINCIA: _____ PAÍS: _____

TFNO. PARTICULAR: _____

TFNO. MÓVIL: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

N° FAX: _____

TIPO DE ASOCIADO:

ORDINARIO

DE HONOR

INSTITUCIONAL

BENEFACTOR

TIPO DE CUOTA: INDIVIDUAL

FAMILIAR

EN CASO DE CUOTA FAMILIAR,
NOMBRE Y APELLIDO DE LAS
PERSONAS INDIVIDUALES QUE SE
ASOCIAN:

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____

N° DE CUENTA (20 DÍGITOS):

FIRMA DEL TITULAR DE LA
CUENTA:

Fdo.: _____

LEY ORGÁNICA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL - CLÁUSULA INSCRIPCIÓN SOCIOS

En ALCALÁ DE HENARES, a de de 20...

De acuerdo con lo que establece la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos recogidos a partir del presente formulario serán incorporados a un fichero bajo la responsabilidad de la ASOCIACIÓN DE GLAUCOMA PARA AFECTADOS Y FAMILIARES, con la finalidad de tramitar y gestionar su solicitud dirigida a ser socio de nuestra entidad.

Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante un escrito a nuestra dirección: C/ DAOÍZ Y VELARDE, 28, Bajo Dcha. - 28807 ALCALÁ DE HENARES (MADRID).

Mientras no nos comunique lo contrario, entenderemos que sus datos no han sido modificados y que se compromete a notificarnos cualquier variación, y que tenemos el consentimiento para utilizarlos con la finalidad anteriormente mencionada.

Asimismo, en virtud de lo que establece la Ley 1/1982, de 5 de mayo, sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, solicitamos su consentimiento para poder publicar su imagen en nuestra página web, con la finalidad de dar a conocer o publicitar los actos y/o eventos en los que nuestra entidad participa u organiza.

A partir de la firma del presente formulario usted autoriza expresamente el tratamiento de sus datos de carácter personal, para la finalidad especificada, por parte de la ASOCIACIÓN DE GLAUCOMA PARA AFECTADOS Y FAMILIARES.

- Autorizo la publicación de mis datos en la página web de la entidad, según las finalidades mencionadas anteriormente.
- No autorizo la publicación de mis datos en la página web de la entidad, según las finalidades mencionadas anteriormente.

Nombre y apellidos del interesado:

DNI:

Firma del interesado: