

Enviar al apartado de Correos nº 125, 28803 de Alcalá de Henares

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

N° DE CUENTA (20 DÍGITOS):

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

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

FIRMA DEL TITULAR DE LA CUENTA:

Fdo.: _____

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

De acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos y Garantía de los Derechos Digitales, le informamos que sus datos serán incorporados al sistema de tratamiento titularidad de ASOCIACIÓN DE GLAUCOMA PARA AFECTADOS Y FAMILIARES, con CIF G84243419 y domicilio social sito en DAOÍZ Y VELARDE, 28 - Bº D, 28807 ALCALÁ DE HENARES (MADRID), y que a continuación se relacionan sus respectivas finalidades, plazos de conservación y bases legitimadoras. Para aquellos tratamientos que lo requieran, se informa también de la posible elaboración de perfiles y decisiones automatizadas, así como las posibles cesiones y las transferencias internacionales que ASOCIACIÓN DE GLAUCOMA PARA AFECTADOS Y FAMILIARES tiene previsto realizar.

- **Finalidad:** Gestión, registro y tratamiento de los datos personales para tramitar y gestionar su solicitud dirigida a ser socio de nuestra entidad.
- **Plazo de conservación:** mientras perdure el consentimiento prestado, salvo que exista una obligación legal.
- **Base legítima:** El consentimiento del interesado.

Igualmente, y de acuerdo con 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 utilizar las imágenes captadas mediante fotografías y/o vídeos realizados por nuestra entidad.

SÍ AUTORIZO el tratamiento de las imágenes.

NO AUTORIZO el tratamiento de las imágenes.

A su vez, le informamos que puede contactar con el Delegado de Protección de Datos, dirigiéndose por escrito a la dirección de correo dpd.cliente@conversia.es o al teléfono 902 877 192.

De acuerdo con los derechos que le confiere la normativa vigente y aplicable en protección de datos, podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, limitación de tratamiento, supresión ("derecho al olvido"), portabilidad y oposición al tratamiento de sus datos de carácter personal, así como la revocación del consentimiento prestado para el tratamiento de los mismos, dirigiendo su petición a la dirección postal indicada más arriba o al correo electrónico asociaciondeglaucoma@yahoo.es.

Podrá dirigirse a la Autoridad de Control competente para presentar la reclamación que considere oportuna.

ASOCIACIÓN DE GLAUCOMA PARA AFECTADOS Y FAMILIARES informa que con el envío del presente documento otorga el consentimiento explícito para el tratamiento de los datos de las finalidades de tratamiento mencionadas anteriormente.