



FICHA DE INSCRIPCIÓN DE SOCIO COLABORADOR DE AUTISMO CADIZ

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos: _____

D.N.I./ C.I.F.: _____

Domicilio: _____

Municipio: _____ Provincia.: _____ C.P.: _____

Telefonos: _____

Em@il: _____

Si desea que su donativo sea incluido en la declaración a Hacienda, para poder ser desgravado en su declaración, marque la siguiente casilla: _____

DATOS BANCARIOS

Nombre del Titular: _____

D.N.I./C.I.F.: _____

IBAN _____ NUMERO CCC _____

BANCO O CAJA DE AHORROS _____

DOMICILIO _____ LOCALIDAD _____

IMPORTE (mínimo 7€) _____

IMPORTE EN TEXTO _____

PERIODICIDAD: MENSUAL ___ TRIMESTRAL ___ SEMESTRAL ___ ANUAL ___

Protección de Datos

Información básica sobre Protección de datos	
Responsable:	ASOCIACIÓN PROV. DE FAMILIARES DE PERSONAS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA DE CÁDIZ-AUTISMO CÁDIZ
Finalidad:	Inscripción como socio-colaborador en Autismo Cádiz
Legitimación:	Misión en Interés público.
Destinatarios:	No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal.
Derechos:	Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, indicados en la información adicional, que puede ejercer dirigiéndose a la dirección del responsable del tratamiento ..CL

Asociación Provincial de Familiares de Personas con Trastorno del Espectro Autista
Calle Rosadas s/n. 11510 Puerto Real. Cádiz. Tfno. 956472839 www.autismocadiz.org
Declarada de Utilidad Pública, nº 36.324; Nº Registro Provincial de Asociaciones: 967.
C.I.F.: G 11020989

	ROSADAS S/N - 11510 - PUERTO REAL o en el EMAIL: proteccion.datos@cadizautismo.onmicrosoft.com
Procedencia:	El propio interesado/ representantes legales
Información adicional:	Puede recabar la información completa sobre el tratamiento de la protección de sus datos a través del correo protección.datos@cadizautismo.onmicrosoft.com

Fecha

Nombre y apellidos:

Firma: