



FICHA DE INSCRIPCIÓN DE COLABORADORES 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 _____ IMPORTE EN TEXTO _____

PERIODICIDAD: MENSUAL ___ TRIMESTRAL ___ SEMESTRAL ___ ANUAL ___

“En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos que nos facilite mediante la cumplimentación del presente formulario pasarán a formar parte de un fichero propiedad de Autismo Cádiz para fines profesionales, a lo que consiente expresamente. Asimismo, le informamos que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en la sede de Autismo Cádiz, c/Rosadas, s/n, 11510 Puerto Real o en el correo electrónico proteccion.datos@autismocadiz.org Le informamos igualmente que sus datos podrán ser cedidos a los responsables de Salud y Educación, con motivo de facilitar su acceso a la atención adecuada. Usted puede revocar su consentimiento cuando estime oportuno dirigiéndose a los datos antes señalados”