



# ASOCIACION DE AFECTADOS DE ICTUS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

A LA ATENCION DE LA JUNTA DIRECTIVA DE ADAl-CV

## FICHA SOLICITUD ALTA SOCIO ADAl-CV

Nombre			
Apellido			
DNI			
Edad		Fecha nacimiento	
Domicilio			
Ciudad		C. P.	
Teléfono		Móvil	
E-mail			

### DOMICILIACIÓN BANCARIA:

Por la presente y hasta nueva orden autorizo expresamente a ADAl-CV, Asociación de Afectados de Ictus de la Comunidad Valenciana, a que cargue en mi cuenta el pago de los recibos que presentará a mi nombre.

ES					
----	--	--	--	--	--

TITULAR

DNI

CUOTA SOCIO:

La mínima **10€/año**

otra cantidad \_\_\_\_\_ €/año

..... a ..... de ..... de.....

FDO: .....

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter Personal y del Real Decreto 1720, de 21 de diciembre que desarrolla la LOPD, ADAl-CV como responsable del fichero informa que sus datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado.

De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a ADAl-CV a la dirección C/Vicente Ballester, 2- 6 de Valencia 46011.