



**FICHA DE SOCIO**

¿Es usted afectado?  Sí  No      ¿Desea recibir correspondencia?  Sí  No  
Deseo colaborar con  100 €/año      Pagándolos  Anualmente  
 150 €/año       Semestralmente  
 ..... €/año

Apellidos o Razón social	Nombre	DNI/NIF/CIF
Domicilio	Localidad	Provincia
Código postal	E-mail	
Teléfonos		

**FICHA DE AFECTADO (RELLENAR SÓLO EN CASO DE ESTAR AFECTADO)**

Fecha nacimiento ..... Provincia de nacimiento .....  
¿Es pensionista?  Sí  No  
¿Posee certificado de minusvalía?  Sí  No      ¿Qué grado? .....  
¿En qué año le fue diagnosticada la enfermedad? .....  
¿Cómo ha conocido nuestra entidad?  
Centro de tratamiento .....  
Profesionales que le atienden .....  
.....  
¿Recibe actualmente algún tratamiento? .....  
¿Cuál es su grado de afectación?  Camina solo  
 Necesita alguna ayuda  
 En silla de ruedas  
 En cama  
Tiene familiares afectados  Sí  No      Parentesco .....

**CONFORMIDAD DE ASOCIACIÓN Y CONSENTIMIENTO EN EL TRATAMIENTO DE DATOS**

Conforme a lo regulado por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el abajo firmante da plena conformidad para que los datos consignados en esta ficha sean incorporados a un fichero, titularidad y responsabilidad de la ASOCIACIÓN ZAMORANA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE, que ha sido debidamente notificado a la Agencia Española de Protección de Datos con la finalidad de Gestión de Socios. El abajo firmante podrá, en cualquier momento, ejercitar sus derechos de acceso, oposición, rectificación y cancelación.

**DATOS BANCARIOS**

...../...../...../.....

BANCO/CAJA .....

Ruego que, hasta nuevo aviso, sean adeudados en mi cuenta los recibos presentados a la Asociación Zamorana de Esclerosis Múltiple

En ..... a ..... de ..... de .....

Firma.....