

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE SÍNDROME DE POLAND  
SOLICITUD DE SOCIO/A



NOMBRE: \_\_\_\_\_

APELLIDOS: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

C.P.: \_\_\_\_\_ POBLACIÓN: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_

TELEFONO CONTACTO: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

AFECTADO/FAMILIAR/OTROS: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA PERSONA QUE CONVIVE CON SP: \_\_\_\_\_

CUOTA ANUAL: **50** euros

-OPCIÓN A) **DOMICILIACIÓN BANCARIA**

Titular de la cuenta: \_\_\_\_\_

N.º. Cuenta bancaria: \_\_\_\_\_

Nombre de la Entidad bancaria: \_\_\_\_\_

-OPCIÓN B) **INGRESO EN CUENTA**

NÚMERO DE CUENTA ASOCIACIÓN: **ES 34 2100-2052-50-0200080217** LA CAIXA

TITULAR DE LA CUENTA: **ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE SÍNDROME DE POLAND**

## INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Sus datos personales y/o los de su hijo o menor a su cargo serán usados para nuestra relación y poder prestarle nuestros servicios. Dichos datos son necesarios para poder relacionarnos con usted y/o con su hijo o menor a su cargo, lo que nos permite el uso de su información personal dentro de la legalidad. Asimismo, también pueden ser usados para otras actividades, como enviarle publicidad o promocionar nuestras actividades, caso en el cual le pediremos los correspondientes consentimientos.

Sólo el personal de nuestra entidad que esté debidamente autorizado podrá tener conocimiento de la información que le pedimos. Asimismo, podrán tener conocimiento de su información y/o la de su hijo o menor a su cargo, aquellas entidades que necesiten tener acceso a la misma para que podamos prestarle nuestros servicios. Igualmente, tendrán conocimiento de dicha información aquellas entidades públicas o privadas a las cuales estemos obligados a facilitar sus datos personales con motivo del cumplimiento de alguna ley.

Conservaremos sus datos y/o los de su hijo o menor a su cargo durante nuestra relación y mientras nos obliguen las leyes. Una vez finalizados los plazos legales aplicables, procederemos a eliminarlos de forma segura.

# ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE SÍNDROME DE POLAND

## SOLICITUD DE SOCIO/A




En cualquier momento puede dirigirse a nosotros para saber qué información tenemos sobre usted y/o de su hijo o menor a su cargo, rectificarla si fuese incorrecta y eliminarla una vez finalizada nuestra relación, en el caso de que ello sea legalmente posible, e indicar el correo del cual se quiere proceder a la baja del servicio. También tiene derecho a solicitar el traspaso de su información a otra entidad (portabilidad). Para solicitar alguno de estos derechos deberá realizar una solicitud escrita a nuestra dirección, junto con una fotocopia de su DNI, para poder identificarle:

### ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE SÍNDROME DE POLAND (AESIP)


**CALLE TREFILERIA 8, 2º IZQUIERDA, CP 28037, MADRID (Madrid)**


En caso de que entienda que sus derechos han sido desatendidos por nuestra entidad, puede formular una reclamación en la Agencia Española de Protección de Datos ([www.agpd.es](http://www.agpd.es)).


### Permisos específicos (marque la casilla correspondiente en caso afirmativo):

 Consiento el uso de los datos sobre la salud de mi hijo o menor a mi cargo para poder recibir los servicios solicitados.


Si no nos permite utilizar estos datos no podremos prestarle los servicios solicitados, pues tal información es necesaria para que podamos desarrollar nuestra actividad de manera coherente y efectiva.

 Consiento que se utilice mi número de teléfono para que ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE SÍNDROME DE POLAND (AESIP) pueda comunicarse conmigo a través de la plataforma de mensajería multiplataforma WhatsApp o cualquier otra análoga, mejorando así la rapidez y eficacia de las distintas gestiones y comunicaciones.

 Consiento que se utilice mi imagen para su publicación a través de la página web, redes sociales y otros medios similares de la entidad, con el fin de darla a conocer y difundir sus actividades.

 Consiento que se utilice la imagen de mi hijo o menor a mi cargo para su publicación a través de la página web, redes sociales y otros medios similares de la entidad, con el fin de darla a conocer y difundir sus actividades.

 Consiento el uso de mis datos personales para recibir publicidad de su entidad.

 Consiento la cesión de mis datos personales a: *Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER) y administración pública, así como a entidades con fines análogos.*

[Podrá retirar cualquiera de estos consentimientos cuando lo considere oportuno.](#)

 En el caso de personas menores de edad o incapaces, deberá otorgar su permiso el padre, madre o tutor.

EXISTE UNA VERSIÓN AMPLIADA DE ESTA INFORMACIÓN A SU DISPOSICIÓN TANTO EN NUESTRAS OFICINAS COMO EN NUESTRA PÁGINA WEB. TAMBIÉN PUEDE SOLICITARLA.

Una vez cumplimentado enviar, junto copia del ingreso, a la siguiente dirección de correo:

**[contacto@aesip.es](mailto:contacto@aesip.es)** indicando: '*cuota socio*' y '*(nombre del solicitante)*'

Firma del interesado (en su caso, madre, padre o tutor):

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_