



Hoy vamos a
iniciar una
bonita relación
Gracias

Don/Doña: Con NIF:

Nacido el: con domicilio en:

Calle: CP: Teléfono:

Correo electrónico:

solicita en nombre propio o en representación de (táchese lo que no proceda) su inscripción como socio en la Asociación de Daño Cerebral de Navarra (ADACEN), con domicilio en Mutilva, Camino de Zolina s/n y declara aceptar y cumplir los derechos y deberes de los socios establecidos en los Estatutos de la Asociación, que se entregarán a la firma de esta solicitud.

RELLENE CON LA APORTACIÓN QUE DESEA QUE LE CARGUEMOS EN CUENTA

CUOTA MENSUAL

DONACIÓN PUNTUAL

CUOTA TRIMESTRAL

CUOTA SEMESTRAL

CUOTA ANUAL

DATOS BANCARIOS

Nombre y apellidos del titular:

Entidad bancaria:

Nº de cuenta (incluir IBAN):

FIRMA

Remitir por correo electrónico a

info@adacen.org

O en: Adacen. Camino de Zolina s/n
31192 Mutilva Baja (Navarra)



A RELLENAR POR ADACEN

Registro:

Listado:

Contabilidad:

En Adacen con CIF: G31523715 tratamos la información que nos facilita con la única finalidad de mantener una relación como socio colaborador de la asociación. Estos datos solo se podrán ceder a otra empresa u organización si usted nos lo solicita y en los casos en que exista una obligación legal. Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales. Usted tiene derecho a obtener confirmación sobre si estamos tratando sus datos personales, por tanto podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y portabilidad. Para ejercer estos derechos tenemos un formulario que usted puede solicitarlo en persona, por teléfono o Email (incluyendo una copia del DNI).