



Hoy vamos a
iniciar una
bonita relación

Gracias

adacen
DAÑO CEREBRAL NAVARRA - NAFARROA

Nº DE SOCIO: _____

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

CUOTA TRIMESTRAL

CUOTA SEMESTRAL

CUOTA ANUAL

CUOTA ÚNICA

Para personas que deseen hacer una donación puntual

DATOS BANCARIOS

Nombre y apellidos del titular:

Entidad bancaria:

Nº de cuenta (incluir IBAN):

FIRMA

Remitir por correo electrónico a info@adacen.org
Adacen. Camino de Zolina s/n 31192 Mutilva Baja

Acepto la siguiente política de protección de datos

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 solicitar en persona, por teléfono o Email (incluyendo una copia del DNI).