



FICHA DE ALTA

Datos personales:

Nombre Apellidos:	DNI:
Fecha de nacimiento:	Sexo:
Nivel de estudios:	
Situación laboral / Profesión:	

En caso de representante o tutor/a(para menores a partir de 14 años* no emancipados y/o personas incapacitadas legalmente)

Apellidos:	Nombre:
DNI:	
Fecha de nacimiento:	Sexo:
Relación con el/la asociado/a:	

Datos de contacto:

Dirección:
Código Postal:
Municipio:
Provincia:
Teléfono/s de contacto:
Email:

Nos conoció a través de: web ASANOL redes sociales un/a socio/a radio/tv/prensa un/a profesional: _____ otros: _____

Datos bancarios para domiciliación cuota anual:

Entidad Bancaria: _____

IBAN	ENTIDAD	OFICINA	DC.	NUMERO DE CUENTA

No domicilia; realizará ingreso o transferencia anualmente en la cuenta de la asociación.

* La edad mínima para asociarse es de 14 años.



CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS Y DEBER DE INFORMACIÓN

Conforme a la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa expresamente de que sus datos personales serán tratados y quedarán incorporados en los ficheros de esta Asociación con la finalidad de facilitar la prestación, gestión y administración del servicio solicitado.

Asimismo se le informa de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la Asociación de Atrofia de Nervio Óptico de Leber, en su dirección social, sita en Sevilla, en la calle Betis, número 1, 1ºB, con código Postal 41010.

Salvo que usted manifieste expresamente lo contrario en este documento marcando la opción abajo dispuesta, le informamos que con la firma del presente escrito está usted consintiendo de forma expresa que sus datos personales y de salud que sean estrictamente necesarios, puedan ser comunicados o cedidos a colaboradores médicos y profesionales, con la *exclusiva finalidad de investigación médica o estadística*.

- No se autoriza la cesión de datos personales y de salud.
- No se autoriza la cesión internacional de datos personales y de salud.

La Asociación de atrofia de nervio óptico de Leber le asegura la confidencialidad de sus datos y que tiene adoptadas las medidas de seguridad necesarias para evitar el acceso no autorizado o la pérdida de los mismos.

En _____ a ____ de _____ de 20__

Firma:

Nombre:

Asociación de Atrofia de Nervio Óptico de Leber
C/ Betis nº 1, 1ºB C.P: 41010 Sevilla Teléfono: 602 216 455