

ATMOS
CIF G90471566
Plaza Alcalde Horacio
Hermoso Araujo N°14
Local N 41013 Sevilla



www.atmosandalucia.org
Info@atmosandalucia.org
TLF 650418862

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN COMO SOCIO DE ATMOS

El abajo firmante, reuniendo los requisitos establecidos por la Asociación ATMOS, solicita el alta como socio de la misma, aceptando sus estatutos y demás disposiciones por las que se rija en cada momento.

DATOS PERSONALES

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____
NIF/NIE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DATOS DE CONTACTO

DOMICILIO: _____
CÓDIGO POSTAL: _____ POBLACIÓN: _____ PROVINCIA: _____
TELÉFONO: _____ TELÉFONO MOVIL: _____
CORREO ELECTRÓNICO: _____

CUOTA mínima trimestral de 10 €.

DOMICILIACIÓN BANCARIA TRIMESTRAL

IBAN	ENTIDAD	OFICINA	DC	Nº CUENTA

Titular de la cuenta: _____

Fecha y firma del titular:

Acepto política de privacidad: *Los datos personales que nos facilita serán incorporados a un fichero de datos. La finalidad de dicho fichero es la de gestionar de manera adecuada a los socios, las aportaciones y donaciones, así como mantenerme informado/a de nuestras actividades, a través de cualquier medio de comunicación, incluyendo la vía electrónica. ATMOS Asociación de personas Trasplantadas de Médula Ósea y Enfermedades de la Sangre se compromete a utilizar los datos del socio única y exclusivamente para los fines de esta Asociación así como no facilitarlos ni darlos al uso a terceros. Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndote a Asociación ATMOS, Plaza Alcalde Horacio Hermoso Araujo N°14 local N o al email secretario@atmosandalucia.org*

Consentimiento expreso Tratamiento Datos de Carácter Personal

En Sevilla, a _____ de _____ de 202

Documento de cumplimiento de la ley de protección de datos de acuerdo con la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (BOE>> núm. 294, de 6/12/2018)

D.N.I.	
Nombre	
1º Apellido	
2º Apellido	

Por la presente, **ATMOS**, Asociación de Personas Trasplantadas de Médula Ósea y Enfermedades de la Sangre (**ATMOS**), le informa que los datos facilitados por Vd. en el presente documento van a ser tratados y quedarán incorporados en los ficheros de titularidad de **ATMOS**, comprometiéndose a tratarlos de forma confidencial y a no comunicar o ceder dicha información a terceros, estableciendo las medidas de seguridad establecidas en la Ley Orgánica mencionada en el encabezamiento del presente documento.

Por todo ello, y mediante la firma del presente documento, **ACEPTE Y OTORGA SU CONSENTIMIENTO EXPRESO** para que ATMOS pueda utilizar todos los datos personales facilitados para su utilización dentro de las necesidades y fines de nuestra Asociación.

Igualmente le informamos que puede proceder a ejercer su derecho de información, cancelación, acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad de sus datos de carácter personal mediante escrito a nuestro email info@atmosandalucia.org, ratificando el mismo mediante firma electrónica o en su defecto, adjuntando fotocopia de su DNI.



Firma su conformidad

D._____

D.N.I._____