



Asociación de personas trasplantadas  
de médula ósea  
y enfermedades de la sangre

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN SOCIO/A ATMOS

### Datos personales

|                     |                      |                   |                      |
|---------------------|----------------------|-------------------|----------------------|
| Nombre y Apellidos: | <input type="text"/> |                   |                      |
| Dirección:          | <input type="text"/> |                   |                      |
| Correo:             | <input type="text"/> |                   |                      |
| DNI:                | <input type="text"/> | F. de nacimiento: | <input type="text"/> |
| Ciudad:             | <input type="text"/> | CP:               | <input type="text"/> |
| Fecha:              | <input type="text"/> | Teléfono Móvil:   | <input type="text"/> |

Cuota trimestral

Otra cantidad:

☐ 30 euros

☐ 20 euros

☐ 10 euros

### Domiciliación Bancaria Trimestral

| IBAN                 | ENTIDAD              | OFICINA              | DC                   | Nº CUENTA            |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Fecha y Firma

☐ **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, las aportaciones y donaciones, así como mantenerle 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 usar los datos del socio/a única y exclusivamente para los fines de esta Asociación así como no facilitarlos y ni darlos al uso de terceros. Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a Asociación ATMOS situada en C/ Alcalde Horacio Hermoso Araujo Nº 14 IOCAL Ñ o al email [secretario@atmosandalucia.org](mailto:secretario@atmosandalucia.org)



650 41 88 62



[www.atmosandalucia.org](http://www.atmosandalucia.org)



Plaza Alcalde Horacio Hermoso Araujo 14 Local Ñ



## **Consentimiento expreso Tratamiento Datos de Caracter 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, **ACEPTA 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 [secretario@atmosandalucia.org](mailto:secretario@atmosandalucia.org), ratificando el mismo mediante firma electrónica o en su defecto, adjuntando fotocopia de su DNI.

Firma su conformidad

D. \_\_\_\_\_

D.N.I. \_\_\_\_\_