



Nº SOCIO/A: .....

Nº COLABORADOR/A: .....

C/Conil de la Frontera, s/n, 11011 Cádiz  
aefparkinsoncadiz@gmail.com  
Teléfono: 650 09 17 23

## HOJA DE INSCRIPCIÓN Y/O COLABORACIÓN

Nombre.....	Apellidos.....	
NIF.....	F. Nacimiento.....	Email.....
Dirección.....	Población.....	C.P.....
Teléfono propio.....		
Teléfono familiares.....		

Deseo que me inscriban en la Asociación Párkinson Cádiz como socio/a, en calidad de:

AFECTADO/A       FAMILIAR       COLABORADOR/A

Realizaré el pago de la cuota por **DOMICILIACIÓN BANCARIA** (Rellenar la orden de pago que se adjunta), con periodicidad:  Mensual     Trimestral     Semestral     Anual

En Cádiz, a..... de..... de.....

(firma)

Fdo.:.....

### Orden de domiciliación bancaria

Nombre y apellidos.....	NIF.....			
Ruego que a partir de la fecha y hasta nueva orden, carguen en mi cuenta los recibos que presentará la Asociación Párkinson Cádiz, por un importe de..... €.				
BANCO/CAJA DE AHORROS.....				
DIRECCIÓN.....				
Nº CUENTA CORRIENTE O DE AHORROS:				
IBAN	ENTIDAD	OFICINA	D.C.	Nº DE CUENTA
-----	-----	-----	-----	-----
Recibos a nombre de.....				
Dirección.....				
En Cádiz, a..... de..... de.....				
(firma)				
Fdo.:.....				

PROTECCIÓN DE DATOS: Conforme al artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos de carácter personal aportados a este formulario, serán incorporados a unos ficheros de los que es responsable ASOCIACIÓN PARKINSON CADIZ para el desarrollo de las actividades propias de la entidad. Si desea ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, puede hacerlo dirigiéndose por escrito a la siguiente dirección: C/Conil de la Frontera, s/n, 11011 Cádiz.