Asociación Salud Mental Ciudad Real

APAFES

Ciudad Real, a ..... de ..... de .....

BOLETIN DE INSCRIPCION

Nombre y apellidos .....

Domicilio .....

Población ..... Código Postal .....

Teléfono ..... Teléfono movil .....

D.N.I. ..... Fecha nacimiento: . ...../...../.....

e-mail: .....

Deseo inscribirme en la Asociación Provincial de Amigos, Familiares y Enfermos Psíquicos (APAFES) como:

- ❑ Afectado
- ❑ Familiar
- ❑ Amigo

Abonaré la cuota de:

- ❑ 15,00 € trimestre
- ❑ _____ € trimestre (otra cantidad)

Dicha aportación la haré efectiva mediante domiciliación bancaria, cuyos datos son:

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

A nombre de .....

N.I.F. ó D.N.I. .....

Firma.

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos que nos facilite, serán tratados para gestiones administrativas y envío de comunicaciones de la asociación.
El titular se compromete a comunicar por escrito cualquier modificación en sus datos.
En cualquier momento podrá ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición, según lo establecido en la Ley, ante el responsable del fichero, APAFES, en la siguiente dirección: Ronda Del Carmen S/N, 13003 Ciudad Real.