

FICHA DE INSCRIPCIÓN

Individual o familiar

Socios/as Nº.: Familia Nº.:
(Apartado a rellenar por la entidad)

Fecha de inscripción:

Domicilio familiar:		
Población:	Provincia:	C.P.:

Miembros de la unidad familiar:

1. Nombre y apellidos:	D.N.I.:
Fecha Nacimiento:	Tfn.: Móvil:
Email:	Parentesco:
Diagnóstico:	% discapacidad:
☐ Sí, consiento que ASENSE-A facilite mi nombre, apellidos y dirección a la Federación ASEM con el objetivo de que me envíen su revista de forma totalmente gratuita.	
☐ Si, consiento que ASENSE-A trate mis datos personales con la finalidad de gestionar mi historial clínico, realizar un seguimiento del estado de salud y llevar a cabo investigaciones relativas a enfermedades neuromusculares.	
☐ Si, consiento el envío de información relacionada con la discapacidad y las enfermedades neuromusculares.	

2. Nombre y apellidos:	D.N.I.:
Fecha Nacimiento:	Tfn.: Móvil:
Email:	Parentesco:
Diagnóstico:	% discapacidad:
☐ Sí, consiento que ASENSE-A facilite mi nombre, apellidos y dirección a la Federación ASEM con el objetivo de que me envíen su revista de forma totalmente gratuita.	
☐ Si, consiento que ASENSE-A trate mis datos personales con la finalidad de gestionar mi historial clínico, realizar un seguimiento del estado de salud y llevar a cabo investigaciones relativas a enfermedades neuromusculares.	
☐ Si, consiento el envío de información relacionada con la discapacidad y las enfermedades neuromusculares.	

3. Nombre y apellidos:	D.N.I.:
Fecha Nacimiento:	Tfn.: Móvil:
Email:	Parentesco:
Diagnóstico:	% discapacidad:
☐ Sí, consiento que ASENSE-A facilite mi nombre, apellidos y dirección a la Federación ASEM con el objetivo de que me envíen su revista de forma totalmente gratuita.	
☐ Si, consiento que ASENSE-A trate mis datos personales con la finalidad de gestionar mi historial clínico, realizar un seguimiento del estado de salud y llevar a cabo investigaciones relativas a enfermedades neuromusculares.	
☐ Si, consiento el envío de información relacionada con la discapacidad y las enfermedades neuromusculares.	

4. Nombre y apellidos:		D.N.I.:	
Fecha Nacimiento:		Tfn.:	Móvil:
Email:		Parentesco:	
Diagnóstico:		% discapacidad:	
☐ Sí, consiento que ASENSE-A facilite mi nombre, apellidos y dirección a la Federación ASEM con el objetivo de que me envíen su revista de forma totalmente gratuita.			
☐ Si, consiento que ASENSE-A trate mis datos personales con la finalidad de gestionar mi historial clínico, realizar un seguimiento del estado de salud y llevar a cabo investigaciones relativas a enfermedades neuromusculares.			
☐ Si, consiento el envío de información relacionada con la discapacidad y las enfermedades neuromusculares.			
Tipo de cuota:			
☐ 35€/año - 1 socio/a por unidad familiar ☐ 40€/año - 2 socios/as por unidad familiar ☐ 45€/año - 3 o más socios/as por unidad familiar ☐ Cuota voluntaria. Indicar importe anual €			
Formas de pago de la cuota*:			
☐ Domiciliación bancaria. IBAN N°.: ES			
☐ Ingreso o transferencia en la cta. de ASENSE-A. La Caixa IBAN N°: ES76 2100 7964 3702 0021 4499			
*Para formalizar la solicitud deberá enviar, mediante correo electrónico a info@asense-a.org, este impreso cumplimentado y escaneado, junto con el justificante de pago de la cuota de inscripción. A partir de aquí le confirmaremos el alta de socio o socia. La cuota de inscripción se corresponde a la cuota del año natural vigente			
Firma titular 1		Firma titular 2	
Firma titular 3		Firma titular 4	

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MATERIA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

De acuerdo con el reglamento UE 2016/679 en materia de protección de datos personales y la ley 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de Derechos Digitales (LOPD-GDD) le informamos de que los datos a los que se tiene acceso están incluidos en un fichero titularidad de la ASOCIACIÓN DE ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES DE ANDALUCIA - ASENSE-A (C.I.F. G91064717) con la finalidad de realizar un seguimiento del estado de salud y llevar a cabo investigaciones relativas a enfermedades neuromusculares.

Únicamente tratamos los datos necesarios para el fin descrito (identificativos, bancarios y de salud), bajo las más estrictas condiciones de confidencialidad. Para ello se han adoptado las medidas de índole técnica y organizativa necesarias.

La causa que legitima este tratamiento de datos es su consentimiento al firmar este documento. Estos datos podrán ser transmitidos a organismos públicos, bancos, cajas de ahorro, cajas rurales y a ACHAI INFORMÁTICA SL; entidad que nos presta el servicio de asesoramiento y mantenimiento informático. A dichos datos puede tener acceso también la Federación Española de Enfermedades Neuromusculares (F-ASEM) y la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER). Los datos no serán transmitidos a terceros salvo autorización expresa u obligación legal.

Usted puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión (derecho al olvido), limitación en el tratamiento, portabilidad y oposición que le otorga la actual legislación vigente solicitándolo a través de una solicitud acompañada de la fotocopia de su DNI en la siguiente dirección: c) VICENTE ALEIXANDRE, 3 - LOCAL INTERIOR, 41701, DOS HERMANAS (SEVILLA), o a través de la dirección de correo electrónico: info@asense-a.org