



Associació d'Alzheimer
I ALTRES TRASTORNS
NEUROCOGNITIUS
REUS I BAIX CAMP

ALTA DE SOCI

Cognoms _____ Nom _____ NIF _____

Data de naixement _____ adreça e-mail _____

Domicili _____ Població _____

C.P. _____ Comarca _____ Telèfon _____

Hi ha algun membre de la família amb demència? _____

SOL·LICITO:

Ser membre de l'Associació d'Alzheimer de Reus i Baix Camp

- Contribució econòmica anual 20 EUROS
 Contribució econòmica anual _____ EUROS

AUTORITZO a l'Associació perquè carregui al compte/llibreta indicat a continuació els rebuts corresponents al pagament de la quota de soci:

Titular del compte _____ NIF _____

Caixa/Banc _____ Oficina _____

Núm. Compte IBAN: _____
_____, _____ de/d' _____ de 20__.

PROTECCIÓ DE DADES PERSONALS (Informació bàsica)

De conformitat amb el **Reglament General (UE) 2016/679** de Protecció de Dades i la **Llei Orgànica 3/2018** de Protecció de Dades Personals i garanties dels drets digitals, de les persones físiques pel que fa al tractament de dades personals i a la lliure circulació d'aquestes dades.

Responsable	L'ASSOCIACIÓ D'ALZHEIMER I ALTRES TRASTORNS NEUROCOGNITIUS DE REUS I BAIX CAMP
Finalitat	Recollida de les dades per gestionar la seva alta de soci a l'associació.
Legitimació	Consentiment de l'interessat.
Destinataris	No es cediran dades a tercers excepte per obligació legal o interès contractual.
Drets	Accedir, rectificar i suprimir les dades, així com altres drets que s'identifiquen en la +info adicional RGPDUÉ
Informació adicional	Pot consultar la informació adicional i detallada sobre protecció de dades a la nostra pàgina web: www.alzheimer-reus.es/informacio-addicional-rgpdue/
Signatura del titular del compte	Com a prova de conformitat amb lo que s'ha manifestat sobre el tractament de les meves dades personals o, si escau, de la persona a qui represento, signo la present. Nom i cognoms