

Asociación: OBJETIVO DIAGNOSTICO
C.I.F.: G86978574 Teléfono de contacto: 650157180
Dirección a efectos de correo: Pere Ràfols 12
Población _Avinyo nou del Penedés Código Postal 08793 Provincia Barcelona
Correo Electrónico: objetivodiagnostico@gmail.com



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN COMO SOCIO/A DE LA ASOCIACIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS PERSONA AFECTADA _____
DOC. IDENTIDAD (DNI o nº seguridad social) _____
Fecha de Nacimiento: _____
PADRE, MADRE, TUTOR/A (Persona Afectada) _____
DNI: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Teléfonos: _____
Fax _____ Correo electrónico: _____
Domicilio _____
Población: _____ C.P. _____ Provincia _____

Por la presente y reuniendo los requisitos establecidos por esta Asociación, SOLICITO el ALTA como MIEMBRO-SOCIO/A de la Asociación OBJETICO DIAGNOSTICO a partir de la fecha más abajo indicada, comprometiéndome a abonar las cuotas que en su caso la asociación establezca y aceptando los términos que se reflejan en los Estatutos de la Asociación.

En _____, a _____ de _____ de 2020

Firmado: _____
(Nombre, apellidos y firma)

A los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y demás normativa de desarrollo, el/la firmante autoriza la utilización de sus datos personales contenidos en los documentos presentados y su tratamiento en un fichero titularidad de la Asociación, con la exclusiva finalidad de la resolución del expediente así como para gestionar cualquier aspecto relativo a su relación con la Asociación. Quedo enterado/a de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos obrantes en el mencionado fichero, pudiendo ejercer dichos derechos mediante una carta dirigida a la Asociación en la dirección señalada al principio de esta solicitud, debidamente firmada, incluyendo su nombre completo, dirección y una fotocopia de su Documento Nacional de Identidad (DNI) o cualquier otro documento válido.

Si lo desea puede domiciliar la cuota, cumplimentando los siguientes datos:

ORDEN DE DOMICILIACION BANCARIA

Nombre y apellidos del Titular de la cuenta: _____
DNI / NIE del titular de la cuenta: _____
Banco o Caja: _____
Nº CUENTA (20 dígitos): _____

Hasta nuevo aviso, ruego tengan en cuenta este documento para adeudar en la cuenta arriba indicada el recibo o letra que a mi nombre: _____ le sean presentados para su cobro por la Asociación OBJETIVO DIAGNOSTICO.

Atentamente, en _____ a _____ de _____ de 2020.

Firmado: _____

Asociación: OBJETIVO DIAGNOSTICO
C.I.F.: G86978574 Teléfono de contacto: 650157180
Dirección a efectos de correo: Pere Ràfols 12
Población _Avinyo nou del Penedés Código Postal 08793 Provincia Barcelona
Correo Electrónico: objetivodiagnostico@gmail.com



SOLICITUD DE PAGO COMO SOCIO/A DE LA ASOCIACIÓN

Por la presente le enviamos los datos para poder hacer efectivo el pago y ser MIEMBRO-SOCIO/A de la Asociación **OBJETICO DIAGNOSTICO**.

La cuota es de 60 €/anual, que la asociación estableció en la última Junta realizada el 18 de Enero 2020 quedando así aprobada y aceptando los términos que se reflejan en los Estatutos de la Asociación.

Puede abonar la cantidad de **60 €** en concepto como socio/anual indicando su nombre completo y DNI/NIE en la siguiente cuenta bancaria:

Asociación Objetivo Diagnostico
La Caixa ES64 2100 2029 5202 0024 1361

(Plazo de pago de la cuota como socio será de 15 días, siendo el último día 2 de marzo 2020, trascurrido este plazo se dará a entender que no quiere formar parte de la asociación, por lo tanto sus datos quedarán archivados)

Avinyo Nou, a 19 de Febrero de 2020