



HAZTE SOCIO COLABORADOR

Nombre y Apellidos																								
Dirección																								
Población							Provincia																	
Código Postal							Teléfono		Fijo			Móvil												
Correo Electrónico																								
Importe del donativo: (marcar opción)		30 €																						
		20 €																						
		10 €																						
		Otro (Indicar Importe)															€							
Periodicidad de la Aportación		Mensual					Trimestral					Semestral					Anual							
NIF/ CIF/ NIE/ Pasaporte																								
<p><i>Recuerda que indicar el NIF/ CIF en todas tus donaciones, te permite desgravar en la declaración de la renta el 75% para personas físicas y el 35,5€ para personas jurídicas</i></p>																								
Código IBAN y N^o de Cuenta																								
IBAN		ES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
¿Cómo nos has conocido? (Marque lo que proceda)		A través de conocidos, amigos...																						
		A través de Facebook, Twitter, Google+																						
		A través de buscadores en Internet																						
		A través de alguna jornada, conferencia, congreso o evento relacionado																						
		A través de publicidad (prensa, radio...)																						
Comentarios:		Otros																						

En cumplimiento del art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, por el que se regula el derecho de información en la recogida de datos, la Asociación Española de Síndrome de Sjögren (AESS) le informa que sus datos personales serán incorporados a un fichero automatizado para su tratamiento, cuya finalidad es la gestión administrativa y de cobros, así como el envío de información general y comercial de la AESS y entidades colaboradoras. Este consentimiento se otorga sin perjuicio de todos los derechos que le asisten según la legislación vigente referente a los derechos de acceso, rectificación y cancelación de sus datos, que podrán ser ejercitados en la sede social de la Asociación.

Fecha:

Firma: