



A.F.A. LA RAMBLA

SOCIO/A COLABORADOR/A

Nº Orden _____

D/Dª

con D.N.I. _____, domicilio en _____
nº _____ de _____ y nº de teléfono _____

SOLICITA colaborar con la Asociación de Familiares y Amigos de los Enfermos de Alzheimer y otras demencias de La Rambla, "A.F.A. La Rambla", con una aportación económica de _____ € al _____ y **AUTORIZA** a la misma a realizar el cargo en el Nº de Cuenta: _____ por plazo indefinido hasta nuevo aviso. Y para que surta a los efectos oportunos suscribo la presente en

En _____ a _____ de _____ de _____

Fdo.: _____

En cumplimiento de lo establecido en la normativa vigente en materia de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos personales serán tratados y quedarán incorporados en un fichero denominado SOCIOS cuya responsabilidad es de ASOCIACION DE FAMILIARES Y ENFERMOS DE ALZHEIMER AFA LA RAMBLA. Así mismo, le informamos que usted puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición en la siguiente dirección: Carretera La Rambla-Montalban, S/N. - Edificio La Aduana, 14540 La Rambla (Córdoba).