

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN:



CIF: G54795406
Inscrita en Registro Nacional de Asociaciones del Ministerio del Interior: nº 605702

www.safespanya.org
Email: info@safespanya.org

Nombre y apellidos:

D.N.I.:

Fecha nacimiento:

Diagnosticado(SI o NO):

E-mail:

Dirección:

Código postal:

Ciudad:

Teléfono fijo:

Teléfono móvil:

Comentarios, sugerencias, observaciones, ideas ...

Mediante el presente documento, solicito de forma expresa ser miembro de la Asociación Española de Afectados Síndrome Antifosfolípido (SAF ESPAÑA):

Firma:

En la ciudad de _____, a _____ de _____ de 2.0__

De conformidad con lo establecido en la LOPD 15/1999, le informamos que los datos facilitados serán incorporados en nuestro Fichero de Asociados, con la finalidad de llevar a cabo la gestión administrativa y organizativa. Tiene los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre la información recopilada. Para ello, sólo tiene que remitirnos la cancelación o rectificación de sus datos, a la dirección de email del encabezamiento.