

**FORMULARIO DE
INSCRIPCIÓN
SOCIO/A
COLABORADOR/A**

Nombre y Apellidos:		DNI:
Dirección:		
Población y provincia:		C.P.:
Teléfono:		Email:
Importe del donativo:	<input type="checkbox"/> 30 € <input type="checkbox"/> 20 € <input type="checkbox"/> 10 € <input type="checkbox"/> Otro importe: _____	Periodicidad de la aportación: <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual
Código IBAN y nº cuenta:		¿Cómo nos has conocido?
Comentarios:		

Enviar todo por correo ordinario a la dirección C/Aristófanés, 8 local bajo, 29010 o, escaneado a la dirección de correo info@aspaymmalaga.com

OBSERVACIONES:

“De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal ASPAYM MÁLAGA le informa que sus datos personales pasarán a formar parte de un fichero de su propiedad, con la finalidad de gestionar su relación con la Asociación, así como el servicio de ayuda a domicilio facilitado por ésta. Usted podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito a la siguiente dirección C/ Aristófanés, 8 local bajo con copia de su DNI. Gracias.

Málaga a _____ de _____ de _____

Fdo.: .