

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN SOCIO/A
---

Nombre y Apellidos:		D.N.I:
Dirección:		
Población y provincia:		C.P.:
Teléfono:		Email:
Fecha de nacimiento		
Tipo discapacidad		Grado de discapacidad:

Documentación: DNI y certificado de discapacidad

**La Cuota Anual de nuestros asociados es de 30 €**, estando exento/a mayores de 65 años y menores de 12 años.

La forma de pago es domiciliada.

Identidad Bancaria:

Nº de Cuenta:

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