SOLICITUD DE SOCIO

Asociación de Padres de Niños y Adolescentes con Cáncer de Almería y provincia - ARGAR
C.I.F: G04228318

Por favor, cumplimente todos los datos que se solicitan.

Nombre y Apellidos: _____ NIF/CIF: _____

Domicilio: _____ núm.: _____

Cod. Postal: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono/s: _____ email: _____

Tipo de socio: ☐ **protector/colaborador** ☐ **padre/madre de afectado**

Deseo colaborar como socio con la aportación de _____ euros, cada ☐ **3 meses** ☐ **6 meses** ☐ **al año**

DECLARADA DE UTILIDAD PÚBLICA - LAS CUOTAS Y DONATIVOS PUEDEN DEDUCIRSE EN LA DECLARACIÓN DEL I.R.P.F.

La Asociación de Padres de Niños y Adolescentes con Cáncer de Almería y provincia - ARGAR, en cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informa que los datos personales que Vd. nos proporciona serán incluidos en los ficheros "Socios y/o Afectados y/o Donaciones", cuya finalidad es la realización de tareas propias de la gestión asociativa en el ámbito de sus competencias. Si lo desea puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la Asociación de Padres de Niños y Adolescentes con Cáncer de Almería y provincia - ARGAR. Carretera de Ronda, 216 - 04009 - Almería.

Envío por email: argar@argar.info
Correo postal:
ARGAR – Asociación de Padres de Niños y Adolescentes con Cáncer de Almería y provincia
Carretera de Ronda, 216 - 04009 - Almería

Firma

ORDEN DE DOMICILIACION DE ADEUDO DIRECTO SEPA

Referencia de la orden de domiciliación: _____ *Identificador del Acreedor:* ***ES59000G04228318***
Nombre del Acreedor: ***ASOCIACIÓN ARGAR.*** *Dirección:* ***Ctra. de Ronda, 216 - 04009 Almería. España.***

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar en su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimando al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

A rellenar por el deudor

Nombre del deudor: _____

Dirección: _____

C.P. – Población – Provincia: _____ _____ _____

País: _____ *Fecha:* _____ *Localidad:* _____

Swift BIC puede contener 8 u 11 posiciones ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Tipo de Pago: Pago Recurrente

Número de Cuenta - IBAN el iban consta de 24 posiciones comenzando siempre por **ES**

☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

De conformidad con la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal 15/1999, ***ARGAR*** *le informa que los datos recogidos en esta autorización van a ser incorporados al fichero* ***"DEUDORES" de la Asociación****. Dichos datos personales serán tratados con la única finalidad de realizar los cargos oportunos en la cuenta específica derivados de la relación entre las partes, previamente pactados. Estos datos, serán únicamente cedidos a las entidades financieras con las que trabajamos para llevar a cabo esta actuación. El titular podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y /o cancelación ante* ***ARGAR*** *mediante cualquier medio de comunicación.*

Firma del deudor: