



FICHA DE ADHESIÓN

Nombre					
Apellidos					
NIF		Profesión			
Dirección Particular					
Ciudad		Provincia		C.P.	
Teléfono fijo		Teléfono móvil			
Correo electrónico					
Patología del afectado					
Relación con el afectado					

Autorizo a que se domicilie la cuota anual de la asociación en la cuenta corriente abajo indicada:

Entidad: _____ Sucursal: _____ DC: ____ Número de Cuenta: _____

IBAN: ES ____ | ____ | ____ | ____ | _____

Cuota: 60€ / año.

Información básica sobre protección de datos:

Responsable: Asociación de Enfermos de Fiebre Mediterránea Familiar y Síndromes Autoinflamatorios de España – FMF ESPAÑA

Finalidades: Realizar una adecuada gestión administrativa para prestarle los servicios. El asociado consiente el tratamiento de los datos relativos a su salud.

Legitimación: Ejecución de un contrato y consentimiento del interesado.

Destinatarios: No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal.

Derechos: Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en www.fmfspain.com

FECHA Y FIRMA

Enviar a: ASOCIACIÓN DE ENFERMOS DE FIEBRE MEDITERRÁNEA FAMILIAR Y SÍNDROMES AUTOINFLAMATORIOS DE ESPAÑA: FMF ESPAÑA

Calle Bernia 4. Puerta 13. Valencia 46006 (España) Teléfono: 645 378 068 / 658 078 630

<http://www.fmfspain.com/> info@fmfspain.com