

Por favor rellene esta hoja con los datos indicados, imprímalo y envíe el boletín de inscripción y el documento de domiciliación bancaria (hojas 2 y 3) por correo ordinario a la sede central de la ASEDH.

## *Datos para la inscripción*

### *Datos personales*

**Apellidos:**

**Nombre:**

**DNI/NIF:**

**Sexo:**

**Domicilio:**

**Localidad:**

**Provincia:**

**Código Postal:**

**Teléfono:**

**Profesión:**

**Fecha de Nacimiento:** Día:      Mes:      Año:

**Correo electrónico:**

### *Datos de asociado*

**Tipo de asociado:**

**Clase de socio:**

**Cuota anual:** 30 €      **Cuota adicional voluntaria de:** €

### *Datos bancarios*

**Titular de la cuenta:**

**Nombre de la entidad:**

**Dirección:**

**Localidad:**

**Código postal:**

**Provincia:**

**Entidad:**      **Oficina:**      **D.C.:**      **Número de cuenta:**

## *Boletín de inscripción*

### **DATOS PERSONALES**

**Nombre:**

**DNI/NIF:**

**Sexo:**

**Dirección:**

**Teléfono:**

**Profesión:**

**Fecha de Nacimiento:**

**Correo electrónico:**

### **DATOS DE ASOCIADO**

**Tipo de asociado:**

**Clase de socio:**

**Cuota anual:**

### **DATOS BANCARIOS**

**Titular:**

**Entidad:**

**Dirección:**

**Localidad:**

**Código postal:**

**Provincia:**

**CCC:**

Deseo inscribirme en la Asociación Nacional de Afectados por Síndromes de Ehlers-Danlos e Hiperlaxitud con una cuota anual de                    €anuales. Quedo informado y soy consciente de la incorporación de mis datos a los ficheros existentes en la ASEDH y así como del tratamiento de los mismos para la finalidad de la Asociación. El presente consentimiento se otorga sin perjuicio de los derechos que me asisten según la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos, y en concreto los derechos de acceso, rectificación y cancelación de mis datos que podré ejercitar en la sede social de la ASEDH.

Atentamente:

(Firma)

## *Domiciliación Bancaria*

Muy Sres. míos:

Les ruego que a partir de la fecha y hasta nueva orden, se sirvan de atender con cargo a mi cuenta los recibos que les presente la ASOCIACIÓN NACIONAL DE AFECTADOS POR SÍNDROMES DE EHLERS-DANLOS E HIPERLAXITUD (A.S.E.D.H.).

**Titular:**

**Entidad:**

**Dirección:**

**Localidad:**

**Código Postal:**

**Provincia:**

**CCC:**

Atentamente:

(Firma)