

FICHA SOCIO/A

Número Socio/a:

Fecha:

Nombre:

Fecha de nacimiento socio/a:

D.N.I.:

Paciente vinculado:

Domicilio:

Población:

Teléfono:

e-mail:

Nº de cuenta para domiciliación bancaria de los recibos:

E	S																						
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tenga en cuenta que si se da de baja como socio de ABAC pierde la condición de asociado; Si solicita nuevamente los servicios de la asociación, se le aplicarán las tarifas de no asociado.

De conformidad con lo establecido en la normativa vigente en Protección de Datos de Carácter Personal, el PACIENTE\SOCIO acepta y consiente que sus datos personales sean recogidos, tratados e incorporados al sistema de tratamiento titularidad de ASOCIACIÓN DE BULIMIA Y ANOREXIA DE A CORUÑA ABAC, con la finalidad de prestar los servicios terapéuticos pertinentes, información, y los referentes a la Asociación, garantizándoles siempre el derecho a su honor e intimidad personal y familiar. ABAC le informa que ha adoptado todas las medidas de seguridad exigibles, y que los datos serán conservados durante el plazo estrictamente necesario. ABAC procederá a tratar los datos de manera lícita, leal, transparente, adecuada, pertinente, limitada, exacta y actualizada. Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, limitación de tratamiento, supresión, portabilidad y oposición al tratamiento de sus datos de carácter personal, así como del consentimiento prestado para el tratamiento de estos, dirigiendo su petición a la dirección postal indicada más arriba o al correo electrónico Info@abacoruna.com.

Fdo.: