

# FICHA DE SOCIO

NO RELLENAR, EL N° DE SOCIO LO PROPORCIONARÁ APADAHCAS

**N° SOCIO:**

## DATOS PERSONALES

NOMBRE  APELLIDOS

DIRECCIÓN

POBLACIÓN  C.P.

PROVINCIA  TELÉFONO

PROFESIÓN  ¿TIENE ALGÚN FAMILIAR AFECTADO? SI  NO

FECHA

DNI  FIRMA

## DATOS PERSONALES

NOMBRE  APELLIDOS

DIRECCIÓN

POBLACIÓN  C.P.

PROVINCIA  TELÉFONO

PROFESIÓN  ¿TIENE ALGÚN FAMILIAR AFECTADO? SI  NO

FECHA

DNI  FIRMA

## DATOS PARA LA DOMICILIACIÓN BANCARIA

TITULAR DE LA CUENTA

DATOS DE LA CUENTA

IBAN	ENTIDAD	OFICINA	DC	N° DE CUENTA
<input type="text"/>				

PAGO DE INSCRIPCIÓN

EFFECTIVO N° RECIBO:

S-

CUOTA ANUAL: 50€

## ¿CÓMO NOS HAS CONOCIDO?

## FICHA DE SOCIO

### CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y/O CESIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre, sobre Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos personales serán tratados y quedarán incorporados a los ficheros de la entidad inscritos en la Agencia Española de Protección de Datos, con el fin de prestarles nuestros servicios.

En este sentido usted consiente de forma expresa, a que sus datos sean tratados por la entidad para dar cumplimiento a la finalidad indicada anteriormente así como para remitirle información relativa a los servicios prestados en esta entidad que sean de interés para usted.

Así mismo, le informamos que usted puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en ASOCIACIÓN DE PADRES DE AFECTADOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD DE LA PROVINCIA DE CASTELLÓN, con domicilio en C/ DEAN MARTÍ 46 - ENTRESUELO. 12004 CASTELLÓN.

APADAHCAS os pide el consentimiento para poder publicar las imágenes en las cuales aparezcáis vosotros o vuestros hijos, individualmente o en grupo, que con carácter psicopedagógico se puedan realizar a los que participen en actividades organizadas por APADAHCAS y/o sus COLABORADORES, en las diferentes secuencias y actividades realizadas, tanto en la sede de la asociación, como fuera de la misma.

### DATOS PARA USOS DE IMÁGENES

D./D<sup>a</sup>

CON DNI

COMO PERSONA FÍSICA Y/O PADRE/MADRE O TUTOR LEGAL DEL MENOR

AUTORIZO

NO AUTORIZO

- A APADAHCAS al uso de las imágenes realizadas en actividades organizadas y publicadas en la página web de la asociación y/o redes sociales. Filmaciones destinadas a difusión psicopedagógica no comercial. Fotografías para revistas o publicaciones de ámbito psicopedagógico o científico.

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL MENOR

De conformidad con lo dispuesto en la ley orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, le informamos que los datos que nos ha facilitado están recogidos en los ficheros de APADAHCAS, con domicilio en la C/ Dean Martí N° 46, entlo, 12004 Castellón, donde Ud. puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que la citada ley le reconoce.

Con su firma, Ud. consiente expresamente el tratamiento de dichos datos para el mantenimiento del contacto y envío de información, y su remisión a profesionales médicos, psicólogos/pedagogos colaboradores de esta asociación para la realización de diagnósticos, terapias, talleres, y otras actividades propias de APADAHCAS.