



FICHA DE INSCRIPCIÓN

(Gracias por firmar este documento y enviarlo escaneado a: anssyd@gmail.com)

Nombre y Apellidos	DNI o NIE

Dirección del domicilio	
Población	Código Postal

Teléfono	Dirección de correo electrónico

QUIERO SER SOCIO (marcar casilla)	
<input type="checkbox"/> Socio 40€ (Anual)	

QUIERO SER DONADOR O APADRINAR UN PROYECTO (seleccionar opciones)		
<input type="checkbox"/> Donación 50€	<input type="checkbox"/> Donación 100€	<input type="checkbox"/> Donación 150€
<input type="checkbox"/> Donación 200€	<input type="checkbox"/> Donación 250€	<input type="checkbox"/> Donación 300€
<input type="checkbox"/> Apadrinar un proyecto	€ (poner cantidad)	

FORMA DE PAGO: RECIBO DOMICILIADO	
Titular cta.	
DNI o NIE	
Banco	
Dirección sucursal	
Nº cuenta (IBAN)	
Autorización	Por la presente, autorizo a su entidad a atender con cargo a mi cuenta los recibos presentados al cobro por La Asociación Nacional de Salud Sexual y Discapacidad (ANSSYD). Firma: Fecha:

¿Cómo has conocido ANSSYD?

Según lo previsto en la ley 15/99 de 13 de diciembre sobre Protección de Datos de Carácter Personal, ANSSYD le informa que los datos personales facilitados en el presente formulario y aquellos que se deriven de la página web serán incorporados a los ficheros de ANSSYD, responsabilidad de la misma, con el fin de gestionar adecuadamente sus actividades. El arriba firmante consiente y autoriza expresamente la cesión de sus datos a ANSSYD y en cualquier momento podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación y/o cancelación de los mismos dirigiéndose por escrito y adjuntando fotocopia del DNI a Asociación Nacional de Salud Sexual y Discapacidad (ANSSYD)

Uso exclusivo ANSSYD	
Nº socio:	