**FORMULARIO DE ADHESIÓN**

**DATOS PERSONALES**

NOMBRE: APELLIDOS:

NIF/NIE: FECHA DE NACIMIENTO:

**DATOS DE CONTACTO**

DOMICILIO:

CÓDIGO POSTAL: POBLACIÓN: PROVINCIA:

TELÉFONO: TELÉFONO MOVIL:

CORREO ELECTRÓNICO:

Por la presente y siendo previamente informado de las prestaciones y requisitos establecidos para el **FONDO SOCIAL DE ASPRONAGA**, **SOLICITO el ALTA** como **MIEMBRO-SOCIO/A** a partir de la fecha más abajo indicada, comprometiéndome a abonar las cuotas que en su caso el fondo establezca.

A Coruña, a \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_

Firmado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CUOTA mensual de 10 €. Domiciliación Bancaria**

*DOMICILIACIÓN BANCARIA MENSUAL*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IBAN | | | | ENTIDAD | | | | **OFICINA** | | | | **DC** | | **Nº CUENTA** | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Titular de la cuenta:

**Fecha y firma del titular:**

En **ASOCIACIÓN PRO PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL DE GALICIA “ASPRONAGA”** tratamos la información que nos facilita con el **fin de realizar las gestiones propias de la Asociación para una correcta atención**. Usted **podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión**, así como otros derechos como se explica en la información adicional que puede consultar en la siguiente dirección:<https://aspronaga.net/es/politica-de-privacidad.html>