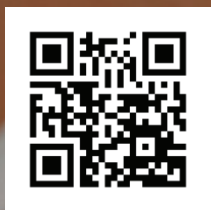




ASÓCIA TE!



DATOS PERSONALES

Nombre:..... Apellidos:.....

NIF:..... E-mail:.....

Dirección:.....Teléfono:.....

Código postal:..... Población:.....Provincia:.....

CUOTA A INGRESARPeriodicidad: Mensual Trimestral Semestral AnualImporte: 10€ 20€ 50€ Otra cantidad:.....**DATOS BANCARIOS**

Entidad bancaria:.....

Nº de cuenta: ES.....////

TRANSPARENCIA INFORMATIVA POR CORREO ELECTRÓNICO

Quiero mantenerme informado/a, mediante el correo electrónico, del trabajo que realizáis a través de la recepción de:

- El boletín de actividades y noticias (semestral)
- Avisos de la memoria de actividades (anual)
- Avisos de campañas (ocasionales)

FIRMA:.....**Enviar a: ASPACE Coruña, Casteliño 24 – 15160 Sada (A Coruña)**

Normativa: Reglamento (UE) 2016/679 RGPD.

Responsable: ASOCIACIÓN DE PADRES DE PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL.

Finalidad: La gestión y control de la relación con nuestros/as socios/as.

Legitimación: El consentimiento otorgado.

Destinatarios: Administración Tributaria y Comisión de Prevención del Blanqueo de Capitales e Infracciones monetarias.

Derechos: Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, a retirar el consentimiento prestado y a reclamar ante la Autoridad de Control, tal como se indica en la información adicional.

Información adicional: Toda la información facilitada podrá encontrarla ampliada en la información adicional que está a su disposición

en <http://www.aspacecoruna.org/clausulado.html> He leído la información adicional de protección de datos