

## Datos Personales

Tu nombre (\*)

Apellidos (\*)

Fecha de nacimiento

NIF (\*)

E-mail (\*)

Dirección (\*)

CP (\*)

Población (\*)

Provincia (\*)

Teléfono (\*)

## Datos bancarios

Cuota (\*) (15€/año)

AUTORIZO a la Asociación Deporte y Trasplante Madrid al cobro de la cuota anual de socio, cantidad indicada en el apartado anterior, mediante domiciliación bancaria, con cargo a la siguiente cuenta bancaria (\*):

Entidad (\*)

IBAN (\*)

Frecuencia (\*) Anual

ACEPTO, de acuerdo con lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999, que los datos obtenidos en este formulario sean incorporados a un fichero automatizado bajo la responsabilidad de ASOCIACION DEPORTE Y TRASPLANTE MADRID con la finalidad de atender sus consultas y remitirle información relacionada que pueda ser de su interés. (\*)

Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante un escrito a nuestra dirección [contacto@deporteytrasplantemadrid.com](mailto:contacto@deporteytrasplantemadrid.com). Mientras no nos comunique lo contrario, entenderemos que sus datos no han sido modificados, que usted se compromete a notificarnos cualquier variación y que tenemos su consentimiento para utilizarlos para las finalidades mencionadas. El envío de estos datos implica la aceptación de esta cláusula.

(\*) Campos requeridos

Firma.