ASOCIACIÓN DE ENFERMEDADES RARAS

&"$%# &(#)"* ! " # Qž

/(Đ1+&,)*

Inscrita en el Registro Nacional de Asociaciones: Sección 1ª/Número Nacional 620880

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE SOCIO/A

APELLIDOS*					
NOMBRE*				NIF*	
DIRECCIÓN					
LOCALIDAD		PROVINCIA		CP	
TELÉFONO*		EMAIL*			

¿CÓMO NOS HA CONOCIDO?

- ☐ A TRAVÉS DE UN SOCIO
- ☐ POR INTERNET
- ☐ OTROS — DIGA CUALES

ENFERMEDAD RARA DIAGNOSTICADA

ENFERMEDAD RARA SIN DIAGNÓSTICO

SI USTED NO ES PACIENTE, ¿QUÉ RELACIÓN TIENE CON ÉL/ELLA?

CUOTA ANUAL	**NÚMERO DE CUENTA**	**MODO DE PAGO**
30 €uros	^ Ò	***Transferencia o ingreso en cuenta, indicando nombre y apellidos, y el año correspondiente a la cuota.***

En León, a

(Nombre y Apellidos)* (NIF)*

☐ ***Acepto la Política de Privacidad y Protección de Datos****

(Firma)*

Sus datos serán tratados de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y de Garantía de Derechos Digitales (LOPD GDD) y en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas (RGPD). Sus datos serán conservados mientras que la finalidad para su tratamiento esté vigente. Asimismo, mantendremos una copia bloqueada, mientras haya obligaciones legales. Le recordamos que puede retirar su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales en cualquier momento, sin que ello afecte al tratamiento que se haya realizado con anterioridad. Aderle le informa que sobre sus datos personales puede ejercitar los derechos recogidos en la Ley Orgánica 3/2018 y en el Reglamento (UE) 2016/679. Para ejercitar sus derechos tiene que enviar un correo electrónico junto con la prueba a info@aderle.org válida en derecho de su identidad. Puede consultar la Política de Privacidad de *https://aderle.org/politica de privacidad*