SOL.LICITUD DE SOCI

En/Na……..……..……Amb DNI……..
Domiciliat al carrer……..……..……...……num:……pis……
del municipi de……..……..……..……codi postal……..
Telèfon……Fax……Correu electrònic……...……

Sol.licita ser admès com a …

☐ **Soci actiu** (Pares d´afectat o afectat major d´edat)
☐ **Soci col.laborador** (Qualsevol altra persona major d´edat)

Lloc i data…….. Signatura

En cas de ser soci actiu, ……..
Nom de l´afectat……..……..……. Data de naixament……...
Hospital on porten el control……..……
En cas de ser familiar o amic, posar també nom de l´afectat o familiar

Domiciliació Bancària

IBAN
☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Quota mensual

7,67 eur ☐ 15,35 eur ☐ 23,02 eur ☐ 30,70 eur ☐ 38,36 eur ☐

Altres quantitats ☐ **(Dades de 2014-Anualment s´incrementarà l´IPC)**

Enviar a: Associació Catalana de Fibrosi Quistica
Passeig Reina Elisenda de Montcada, 5 08034 Barcelona

El cobrament dels rebuts es fa trimestralment

En compliment del que estableix la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal, l´informem que les dades que ens faciliti, passaran a formar part d´un fitxer propietat de l´Associació Catalana de Fibrosi Quística per a tractament i utilització de les mateixes dins del marc propi de les seves activitats. En qualsevol moment, les dades podran ser consultades, rectificades o cancel.lades per l´interessat.