



## SOLICITUD DE INGRESO COMO SOCIO-AMIGO EN AFAPADE

Asociación de familiares y amigos de personas con autismo y otros trastornos del desarrollo de la Región de Murcia

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

D.N.I. \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Profesión \_\_\_\_\_

Teléfonos PP \_\_\_\_\_

Cuota mensual: \_\_\_\_\_ Euros.

Cuota Trimestral: \_\_\_\_\_ Euros.

Cuota Semestral: \_\_\_\_\_ Euros.

### DOMICILIACIÓN BANCARIA

Banco/Caja: \_\_\_\_\_

ENTIDAD / OFICINA / DC / N° DE CUENTA

Dirección \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

**Ruego a ustedes que con cargo a mi cuenta corriente en esta entidad, se sirvan abonar los recibos que les presente la Asociación AFAPADE, por la suma de:**

\_\_\_\_\_ Euros/mes.

\_\_\_\_\_ Euros/trimestre.

\_\_\_\_\_ Euros/semestre.

\_\_\_\_\_ Euros/año.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Firma,

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Cuota anual: \_\_\_\_\_ Euros.

**PROTECCIÓN DE DATOS:** Responsable del Tratamiento: AFAPADE G30446785  
Finalidad del Tratamiento: Gestionar su ingreso como socio amigo de AFAPADE y la realización de tareas administrativas, contables o fiscales derivadas de la misma.  
Ejercicio de derechos: Podrá acceder, corregir, eliminar y portar sus datos personales, así como oponerse y solicitar la limitación de los mismos. Puede ejercitar sus derechos, así como obtener más información en AVDA. VICTORIA, N° 16, 30007, MURCIA, o por correo electrónico en [administracion@afapade.org](mailto:administracion@afapade.org).