|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha de alta  **(NO RELLENAR)** |  | Nº DE REFERENCIA  **(NO RELLENAR)** |  | Nº DE SOCIO  **(NO RELLENAR)** |  |

Si rellena la ficha en Word, desplácese de un campo a otro con la tecla TAB.

Una vez rellenada, imprímala, fírmela y entréguela en la asociación.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Apellidos** | |  | | | | | |
| **Nombre** | |  | | | | **Fecha de nacimiento** |  |
| **DNI** |  | | **Profesión** | |  | | |
| **Dirección** | |  | | | | | |
| **C.P., población y provincia** | | | |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Teléfonos** | |  |  |  |
| **E-mail** |  | | | |
| **Facebook** |  | | | |
|  | *(solo socios adultos)* | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Diabetes** | Tipo 1  Tipo 2  No diabético | | | **Fecha debut** | |  |
| **Hospital/Centro de salud** | |  | **Médico** | |  | |

Si el socio es menor de edad, rellene los siguientes datos:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Centro escolar donde estudia el menor** | | | | | | | |  | | | |
| **Tutor 1** | | | | | | | | | | | |
| **Apellidos** | | | |  | | | | | | | |
| **Nombre** | | | |  | | | | | | | |
| **DNI** | |  | | | **Teléfonos** | |  | |  |  | |
| **Profesión** | | | |  | | | | | | | |
| **Dirección\*** | | | |  | | | | | | | |
| **C.P., población y provincia** | | | | | |  | | | | | |
| **E-mail** | | |  | | | | | | | | |
| **Facebook** | | |  | | | | | | | | |
| **Tutor 2** | | | | | | | | | | | |
| **Apellidos** | | | |  | | | | | | | |
| **Nombre** | | | |  | | | | | | | |
| **DNI** | |  | | | **Teléfonos** | |  | |  |  | |
| **Profesión** | | | |  | | | | | | | |
| **Dirección\*** | | | |  | | | | | | | |
| **C.P., población y provincia** | | | | | |  | | | | | |
| **E-mail** | | |  | | | | | | | | |
| **Facebook** | | |  | | | | | | | | |
| *\* Solo si es distinta de la dirección indicada para el menor* | | | | | | | | | | | |
| **INFORMACIÓN SOBRE CUOTA ANUAL DE SOCIO** | | | | | | | | | |
| La cuota anual es de 30,00 €. Todas las cuotas se adeudan mediante domiciliación bancaria  en la cuenta indicada por el socio en la presente Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA. | | | | | | | | | |

**ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Referencia de la orden de domiciliación:* | | | | | | **Cuota de socio ASDIPAS** |
| *Identificador del acreedor:* | | | | **ES02000G33530619** | | |
| *Nombre del acreedor:* | | | **ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS “Naranjo de Bulnes”** | | | |
| *Dirección:* | | **Centro Comunitario de Sangre y Tejidos, C/ Emilio Rodríguez Vigil, s/n, planta 3** | | | | |
| *Código postal, población y provincia:* | | | | | **33006 Oviedo, Asturias** | |
| *País:* | **ESPAÑA** | | | | | |

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***A CUMPLIMENTAR POR EL DEUDOR*** | ***Nombre del deudor (titular de la cuenta de cargo)*** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| ***Dirección del deudor (calle, número, piso)*** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| ***Código postal*** | ***Población*** | | | ***Provincia*** | | | | ***País*** |
|  |  | | |  | | | |  |
| ***Swift/BIC (contiene entre 8 y 11 caracteres)*** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Número de cuenta IBAN** | | | | | | | | |
| ES   -      -      -      -      - | | | | | | | | |
| ***Tipo de pago*** | | **X** | **Pago recurrente** | | ***O bien*** |  | **Pago único** | |
| ***Fecha (dd/mm/aaaa) - Localidad*** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Firma del deudor** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.**  **UNA VEZ FIRMADA, ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.** | | | | | | | | | |

**Consentimiento expreso de obtención de datos personales**

GIJÓN, a ....................................... De conformidad con lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal (LOPD) y el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la LOPD (RDLOPD), yo, el Sr. / la Sra. ......................................................................................................................................., con DNI ......................................., como representante legal (en su caso) de ..........................................................................................................................., consiento que los datos personales aquí obtenidos sean incorporados a un fichero, debidamente inscrito en el Registro General de Protección de Datos a nombre de ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS y que sean tratados con la finalidad de mantener la relación con el socio y poder ofrecerle servicios adecuados. Asimismo, declaro haber sido informado sobre la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndome a ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS en Centro Comunitario de Sangre y Tejidos, CL EMILIO RODRIÍGUEZ VIGIL, s/n, 3ª, 33006 OVIEDO (ASTURIAS).

Firma: ………………………………....................………………