

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 rellena, 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 <input type="checkbox"/>	Tipo 2 <input type="checkbox"/>	No diabético <input type="checkbox"/>	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	<input checked="" type="checkbox"/>	Pago recurrente	<input type="checkbox"/> O bien <input type="checkbox"/> 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 RODRÍGUEZ VIGIL, s/n, 3ª, 33006 OVIEDO (ASTURIAS).

Firma: