



associació
de malalts
crònics
d'ontinyent

D/D^a _____

- DESITGE FER-ME SOCIA/A D'AMCO AMB UNA QUOTA DE _____€ ANUALS (QUOTA MÍNIMA 25€).
- DESITGE FER-ME SIMPATITZANT D'AMCO AMB UNA APORTACIÓ ÚNICA DE _____€

DADES BANCARIES

- TITULAR DEL COMPTE: _____
- NIF.: _____
- BANC/CAIXA: _____

ENTITAT	SUCURSAL	DC	Nº COMPTE

Autoritze a carregar en aquest compte la quota anual d'AMCO.

DADES PERSONALS DEL SOCI/A

- NOM: _____
- PARENTESC AMB L'USUARIA _____
- N.I.F.: _____
- ADREÇA: _____
- LOCALITAT _____ PROVINCIA _____ C.P.: _____
- TELÈFON _____

DADES DE L'USUARI/A

- NOM: _____
- ADREÇA: _____
- LOCALITAT: _____ PROVINCIA _____ C.P.: _____
- DATA D'ALTA: _____

AMCO, es compromet a l'estricta compliment de la normativa de protecció de dades de caràcter personal, segons disposa la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal.

Signat: _____