AGADIX

Asociación GAlega de DISlexia

SOLICITUDE DE INSCRICIÓN SOCIOS

Solicito ser socio de Agadix

Nome:	
N.I.F:	
Profesión	
Enderezo	
Municipio	
Provincia	
Teléfono	
e-mail	

Se actúa en representación duncha persoa disléxica, indicar os datos da persoa representada

Nome:	
Idade	
Parentesco	
Etapa escolar	
Centro Escolar	

COTA ANUAL VOLUNTARIA: 25,00 EUROS

Mediante a firma deste formulario vostede autoriza a Agadix a enviar ordes a súa entidade financera para adeudar na sua conta o importe da cota anual.

Numero de conta IBAN

E	S																							

……a ……..de…….. de 20….

Asdo:……..

De acuerdo con la LOPD, le informamos que todos sus datos personales y dirección de correo electrónico forman parte de un fichero, cuyo responsable es AGADIX, siendo la finalidad del fichero, la gestión de carácter comercial y el envío de comunicaciones comerciales sobre nuestros productos y/o servicios.
Si lo desea puede usted ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos enviando un mensaje a la siguiente dirección de correo electrónico agadix@hotmail.es indicando en la línea de "Asunto" el derecho que desee ejercitar.