****

**FORMULARIO INSCRIPCIÓN SOCIA**

 **DATOS PERSONALES**

NOMBRE: APELLIDOS:

NIF/NIE: FECHA DE NACIMIENTO:

**DATOS DE CONTACTO**

DOMICILIO:

CÓDIGO POSTAL: POBLACIÓN: PROVINCIA:

TELÉFONO: TELÉFONO MOVIL:

CORREO ELECTRÓNICO:

 **CUOTA**

 Cuota 24 € anual

*DOMICILIACIÓN BANCARIA IBAN:*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *E* | *S* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Titular de la cuenta:

**Fecha y firma del titular:**

**OTROS DATOS:**

 Persona Afectada por Essure Familiar Persona que desea apoyar a la asociación

XXX

 Acepto política de privacidad: Los datos personales que nos facilitas serán incorporados a un fichero de datos cuyo responsable es la Asociación Española de Afectadas por Essure. La finalidad de dicho fichero es la de asesorar y prestar el apoyo adecuado a las socias, la gestión de las aportaciones y donaciones, las campañas, y otras acciones relacionadas con la actividad de la asociación, así como mantenerte informada de nuestras actividades, a través de cualquier medio de comunicación, incluyendo la vía electrónica. Puedes ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndote a Asociación Española de Afectadas por Essure, C/ Canal de Suez, 11 Bj. A - 28042, Madrid - Tel: 661.51.63.66 – E-mail victimasessure@gmail.com.

**Madrid, a de de 20**

 **Firmado:**