



FITXA D'ALTA A L'ASSFAC

Per formalitzar la inscripció com a soci de l'Associació, cal emplenar aquest formulari i fer-lo arribar en original, juntament amb una fotocòpia del DNI, al domicili social de l'ASSFAC, C/ Cuba, 2 (Can Guardiola) - 08030-Barcelona.

ASSFAC
C/ Cuba, 2 (Can Guardiola)
08030-BARCELONA
tel. 696.58.25.26
assfac@assfac.org
www.assfac.org

DADES PERSONALS

Nom i cognoms _____
Telèfons de contacte (fix / mòbil) _____ / _____
D.N.I. (adjuntar fotocòpia) _____ E-mail _____
Domicili _____
C. Postal i Població _____ Província _____
Ocupació _____
Diagnosticat/da pel doctor/a _____ Data del diagnòstic _____

Malalt
Familiar
Col·laborador

Dades bancàries per a la domiciliació de quotes

Banc/Caixa _____ Oficina _____
Entitat Oficina DC Núm. Compte

El/la sotasignat autoritza la utilització de les dades consignades per a les activitats relacionades amb la seva condició d'associat/da a l'ASSFAC, així com l'emissió trimestral de la quota, l'import de la qual és actualment de 20 euros. Les dades facilitades seran utilitzades exclusivament per l'ASSFAC i seran tractades amb confidencialitat total, d'acord amb la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal. El/la titular podrà accedir a les seves dades, rectificar-les i cancel·lar-les mitjançant escrit firmat adreçat al domicili social de l'ASSFAC.

A complir per l'ASSFAC

Número de soci _____
Data d'alta _____

Signatura del sol·licitant _____

ASociació Síndrome FATiga Crònica - Registre d'Associacions de la Generalitat de Catalunya núm, 30.293, secció 1a NIF G63737563

DOMICILIACIÓ BANCÀRIA

Banc/Caixa _____ Oficina _____
Entitat Oficina DC Núm. Compte

En/Na....., titular del compte consignat, autoritza el càrrec de les quotes presentades per ASSFAC.

.....a.....de.....de.....

Firma del titular del compte