



AEDEM-COCEMFE
Asociación Española de Esclerosis Múltiple



ASOCIACIÓN BURGALESA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE
MIRANDA DE EBRO (BURGOS)

FICHA DE ASOCIADO/A

¿Es usted afectado? Si No ¿Desea recibir correspondencia? Si No

Deseo colaborar con... 100 €/año. pagándolas.... Anualmente
 150 €/año. Semestralmente
 €/año.

FICHA DE AFECTADO

Fecha de nacimiento
 Provincia de nacimiento.....
 ¿Es pensionista? ¿Posee certificado de minusvalía?..... ¿Qué grado?.....
 ¿Qué año le fue diagnosticada la enfermedad?
 ¿Quién es su médico actual? ¿Le ha hablado de nuestra Asociación?
 ¿Qué tratamiento recibe en al actualidad?
 ¿En que Centro médico?

¿Cuál es su grado de afectación? Camina Solo
 Necesita ayuda
 En silla de ruedas
 En cama

¿Tiene otros familiares afectados? (en su caso) ¿Qué parentesco les une?

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Apellidos | Nombre | DNI-NIF |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Domicilio | Código Postal | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Localidad | Provincia | Teléfono |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

DATOS BANCARIOS

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| ENTIDAD BANCARIA | OFICINA | D.C. | NÚMERO DE CUENTA |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

BANCO/CAJA.....

Muy Sres. míos:
 Les agradeceré que hasta nuevo aviso carguen a mi cuenta los recibos que a mi nombre presente AEDEM

..... a de de

Firmado,

CLAUSULA DE CUMPLIMIENTO DEL PRINCIPIO DE INFORMACIÓN/CONSENTIMIENTO

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, **la Asociación Española de Esclerosis Múltiple (en adelante AEDEM-COCEMFE)**, informa a los interesados que sus datos de carácter personal, serán objeto de tratamiento automatizado en nuestros ficheros, con la finalidad del mantenimiento de la relación y gestión interna.

Asimismo, el interesado consiente expresamente a que:

- Sus datos de salud necesarios para elaborar informes y estadísticas a nivel de control de la Asociación, sean incorporados a las bases de datos de **AEDEM-COCEMFE**
- Sus datos sean cedidos a con finalidad del envío de la revista de la Asociación.
- Sus datos sean cedidos a la Asociación Miembro de **AEDEM-COCEMFE** a la que quiera pertenecer, con la finalidad de que pueda llevar un control y seguimiento de la gestión contable y administrativa en el ámbito organizativo de la Asociación.
- El socio/afectado consiente el envío de correspondencia.

Si usted se opone a alguno de los tratamientos mencionados rogamos señale la casilla correspondiente.

El titular de los datos se compromete a comunicar por escrito a la Asociación cualquier modificación que se produzca en los datos aportados.

El consentimiento se entenderá prestado en tanto no comunique por escrito la revocación del mismo.

Vd. podrá en cualquier momento ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición en los términos establecidos en la Ley Orgánica 15/1999. El responsable del fichero es **AEDEM-COCEMFE**, con domicilio en c/ Sangenjo 36, 28034, Madrid

Firmado. El interesado