



IMPRESO DE ADHESION

Cuotas mensuales año 2015
Individual: 6,5 € - Familiar: 10 €

TITULAR

D./D^a. _____ DNI _____

nacido en _____ provincia _____

el día ____ de _____ de 1. _____

Domicilio particular _____ N° - piso _____

ciudad _____ provincia _____ C.Postal _____

tfnos. _____ e-mail _____

CONYUGE

D./D^a. _____ DNI _____

nacido en _____ provincia _____

el día ____ de _____ de 1. _____

Domicilio particular _____ N° - piso _____

ciudad _____ provincia _____ C.Postal _____

tfnos. _____ e-mail _____

Aviso importante: Deberá remitir fotocopia del DNI y del libro de familia en caso de que proceda

OBSERVACIONES: (Describa brevemente como nos ha conocido y si tiene alguna vinculación con la Asociación)

Solicita ser admitido como asociado con la cuota mensual que corresponda, y aceptando en su totalidad las condiciones contenidas en cada momento en el Estatuto y Reglamento vigentes.

En _____ a _____ de _____ 2.015

FIRMAS

Los datos de carácter personal recabados, van a ser incorporados a un fichero automatizado propiedad de A.R.P.F. con fines únicamente de administración y gestión de la empresa. A.R.P.F. no cederá sus datos a terceros. Usted podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, recogidos en la Ley 15/1999, dirigiéndose por escrito y adjuntando DNI a A.R.P.F., en la dirección indicada en el encabezamiento de este documento.

