



ESCLAT ASSOCIACIÓ PRO PERSONES  
AMB PARÀLISI CEREBRAL

## SOL·LICITUD DE SOCI PROTECTOR

### DADES PERSONALS

NOM I COGNOMS:.....

ADREÇA:.....

POBLACIÓ:.....

CODI POSTAL..... PROVINCIA.....

TELÈFON..... FAX.....

APORTACIÓ:  6 €  10 €  30 €

ALTRA QUANTITAT:..... €

PERIODICITAT:  MENSUAL  ANUAL  TRIMESTRAL

Desitjo certificat anual per a la desgravació de l'IRPF  SI  NO

### DOMICILIACIÓ BANCÀRIA:

TITULAR:.....

BANC O CAIXA:.....

COMPTE (20 dígits):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data i signatura:

De conformitat amb allò que estableix la Llei Orgànica 15/1999, l'informem que les seves dades seran incorporades a un fitxer informatitzat sota la responsabilitat de l'ASSOCIACIÓ ESCLAT amb la finalitat de poder atendre els compromisos derivats de la relació que mantenim amb vostè. Pot exercir els seus drets d'accés, cancel·lació, rectificació i oposició mitjançant un escrit a la nostra adreça, RAMBLA DE LA MUNTANYA, 61, 08041 Barcelona. Si en 30 dies no ens comunica el contrari, entendrem que les seves dades no han estat modificades, que vostè es compromet a notificar-nos qualsevol variació i que tenim el consentiment per a enviar-li informació sobre totes les accions que porta a terme l'associació.