

DATOS DEL INTERESADO:

Nombre y Apellidos:			
Dirección:			
C.P.:	Localidad:	Provincia:	
Teléfono/s:			
Correo electrónico:			
Fecha de nacimiento:		DNI:	

VINCULACIÓN CON LA OI:

(Marcar con una X)

Afectado/a:	<input type="checkbox"/>
Familiar de afectado/a:	<input type="checkbox"/>
Profesional:	<input type="checkbox"/>
Otros: _____	<input type="checkbox"/>

En caso de no ser afectado, indique, por favor, el nombre del afectado de referencia si lo hubiera: _____

Cuota anual AHUCE: 40€

Bankia: ES92-2038-1189-12-6000321405

Para domiciliar el pago: Rellenar la hoja adjunta

CONDICION DE SOCIO:

Podrán pertenecer a la Asociación:

- a) Aquellas personas con capacidad de obrar que tengan interés en el desarrollo de los fines de la Asociación.
- b) Las personas mayores de edad que estén en pleno uso de los derechos civiles y no estar incurso en los motivos de incompatibilidad establecidos en la legislación vigente.

DERECHOS DE LOS SOCIOS:

- a) Tomar parte en cuantas actividades organice la Asociación en cumplimiento de sus fines.
- b) Disfrutar de todas las ventajas y beneficios que la Asociación pueda obtener.
- c) Participar en las Asambleas con voz y voto. ,
- d) Ser electores y elegibles para los cargos directivos.
- e) Recibir información sobre los acuerdos adoptados por los órganos de la Asociación.
- f) Hacer sugerencias a los miembros de la Junta Directiva en orden al mejor cumplimiento de los fines de la Asociación.

OBLIGACIONES DE SOCIOS:

- a) Cumplir los Estatutos y los acuerdos válidos de las Asambleas y la Junta Directiva.
- b) Abonar las cuotas que se fijen.
- c) Asistir a las Asambleas y demás actos que se organicen.
- d) Desempeñar, en su caso, las obligaciones inherentes al cargo que ocupen.
- e) Prestar la colaboración necesaria para el funcionamiento de la Asociación.

Los estatutos vigentes de la Asociación les serán remitidos tras la recepción de la inscripción como nuevo socio.

AUTORIZACIÓN PARA DOMICILIACIÓN BANCARIA:

El abajo firmante, D/Dña _____ con NIF/NIE _____ que tiene abierta cuenta en las oficinas del BANCO/CAJA _____, en la ciudad de _____, con nº de cuenta corriente/CCC: _____

Autoriza el pago del recibo emitido a nombre de la entidad ASOCIACIÓN NACIONAL HUESOS DE CRISTAL (OI) ESPAÑA - AHUCE en concepto de cuota anual por importe de 40 € entre julio y agosto de cada año.

En _____, a __ de _____ de 2015.

Atentamente,

Firmado:

DATOS CUENTA BANCARIA:

<i>IBAN:</i>	<i>Entidad:</i>	<i>Sucursal</i>	<i>D.C.</i>	<i>Nº Cuenta</i>

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL ASOCIADOS

En cumplimiento de lo previsto en la LO 15/99 de Protección de Datos de Carácter Personal y el RD 1720/07, Reglamento de Desarrollo, le informamos que los datos recogidos por ASOCIACIÓN DE HUESOS DE CRISTAL DE ESPAÑA, con C.I.F. número G81109100, en lo sucesivo la ("ASOCIACIÓN"), a los afectados de osteogénesis imperfecta y/o familiares serán tratados con la finalidad de prestarles servicios de información y/u orientación, acompañamiento hospitalario, asesoramiento escolar, segunda opinión en servicios psicológico, asesoramiento a fisioterapeutas que traten con esta patología, y terapias complementarias.

Asimismo le informamos que sus datos serán almacenados en el fichero ASOCIADOS titularidad de la ASOCIACION y el cual se encuentra debidamente inscrito en la Agencia Española de Protección de Datos y que en la recogida y el tratamiento de los datos de carácter personal se han adoptado las medidas de seguridad adecuadas para evitar la pérdida, el acceso no autorizado o la manipulación de los mismos, de acuerdo con lo establecido en el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre.

La ASOCIACION se compromete a proteger la información confidencial a la que tenga acceso.

La ASOCIACIÓN podrá captar imágenes de los ASOCIADOS para ser publicadas en nuestra revista, carteles publicitarios, a través de nuestro sitio web www.ahuce.org así como en los distintos medios de comunicación de los que le informaremos con la suficiente antelación. Si usted **NO** autoriza el tratamiento de sus datos para esta última finalidad por favor marque la siguiente casilla ().

La ASOCIACION no empleará en ningún caso los datos que usted ponga a su disposición para prestar servicios distintos a los referidos anteriormente a terceros o, en su caso, para lograr una utilidad propia.

La ASOCIACIÓN podrá ceder sus datos de carácter personal a Fundación ONCE, Centro Superior de Investigaciones Científicas (C.S.I.C), Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con minusvalía, Diversos equipos médicos que pertenecen a nuestro Comité Médico, a Centros Educativos, únicamente cuando sea estrictamente necesario para cumplir con las finalidades descritas anteriormente.

Usted podrá, en todo momento, ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre sus datos personales así como el de revocación del consentimiento para cualquiera de las finalidades antes señaladas, enviando a la ASOCIACION carta debidamente firmada a C/ San Ildefonso, 8, Local (28012) Madrid y/o a la siguiente dirección de correo electrónico ahuce@ahuce.org a la cual deberá acompañarse copia de su DNI/NIF o documento que acredite su identidad.

Nombre:

DNI:

Firma:

En caso de menores, especifique el nombre del menor y si es padre/madre o tutor legal del mismo:

Nombre del menor: _____

Padre/madre/tutor legal: _____