

**DESEO COLABORAR CON:
 “LA ASOCIACIÓN PRO-MINUSVÁLIDOS PSÍQUICOS LA SAFOR”
 (Declarada de Utilidad Pública por el Ministerio del Interior)**

Nombre y Apellidos
NIF..... **Fecha de nacimiento**
Calle**Núm****Piso**
Población.....**CP**
Provincia**Teléfonos**
Correo electrónico

DONATIVO

€ anuales

DOMICILIACIÓN BANCARIA

Banco o Caja de Ahorros
Dirección.....**CP**
Población**Provincia**

CÓDIGO CUENTA CLIENTE

IBAN	Entidad	Oficina	D.C.	Nº Cuenta
-------------	----------------	----------------	-------------	------------------

Firma:

En....., a de..... de 202....

LA ASOCIACION PRO-MINUSVALIDOS DE LA SAFOR en cumplimiento de la LOPD 15/1999 de 13 de diciembre informa que los datos personales que constan en el presente **formulario** serán incorporados a un fichero, registrado en la Agencia Española de Protección de Datos, del que somos responsables y que tiene la finalidad de gestionar las relaciones con los socios. Tiene la posibilidad de ejercitar el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a LA ASOCIACION PRO-MINUSVALIDOS DE LA SAFOR, Apdo. Correos 70 Gandía 46701 (Valencia).