AMUMA

Asociación de Cáncer de Mama y Ginecológico de Castilla - La Mancha

SOLICITUD DE SOCIA/O
AMUMA

APELLIDOS: _____

NOMBRE:_____ N.I.F _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

DOMICILIO: _____ Nº_____ PISO:_____ PTA.: _____

POBLACIÓN:_____C.P:_____

TELÉFONO: _____

PROFESIÓN: _____

e-mail: _____

¿POR QUÉ QUIERO SER SOCIA/O?: (tacha lo que proceda)

☐ Estoy Afectada/o
Fecha de Operación: _____

☐ Por colaborar **ACTIVAMENTE** (en todo lo que AMUMA organiza)

☐ Por colaborar económicamente (socio/a Benefactor)

☐ Porque es una asociación necesaria

☐ Por solidaridad con las mujeres afectadas

☐ Otros:_____

Firma:

Fecha: En Ciudad Real a _____ de_____ de _____

---

1 Fotografía

Fotocopia del DNI.

Cuota Mensual: 5 € (Cinco Euros.)

Forma de Pago: En la sede de la Asociación o bien ingreso en:

- GLOBALCAJA; ES67 3190 2082 2021 51635717
- UNICAJA; ES93 2103 0439 6600 30013851
- LA CAIXA; ES60 2100 2191 3602 00245369

Información en cumplimiento de la normativa de protección de datos personales.-

Sus datos personales serán usados para nuestra relación y poder prestarle nuestros servicios. Dichos datos son necesarios para poder relacionarnos con usted, lo que nos permite el uso de su información personal dentro de la legalidad. Asimismo, también pueden ser usados para otras actividades, como enviarle publicidad o promocionar nuestras actividades.

Sólo el personal de nuestra entidad que esté debidamente autorizado podrá tener conocimiento de la información que le pedimos. Asimismo, podrán tener conocimiento de su información aquellas entidades que necesiten tener acceso a la misma para que podamos prestarle nuestros servicios. Igualmente, tendrán conocimiento de su información aquellas entidades públicas o privadas a las cuales estemos obligados a facilitar sus datos personales con motivo del cumplimiento de alguna ley.

Conservaremos sus datos durante nuestra relación y mientras nos obliguen las leyes. Una vez finalizados los plazos legales aplicables, procederemos a eliminarlos de forma segura.

En cualquier momento puede dirigirse a nosotros para saber qué información tenemos sobre usted, rectificarla si fuese incorrecta y eliminarla una vez finalizada nuestra relación, en el caso de que ello sea legalmente posible. También tiene derecho a solicitar el traspaso de su información a otra entidad (portabilidad). Para solicitar alguno de estos derechos, deberá realizar una solicitud escrita a nuestra dirección, junto con una fotocopia de su DNI, para poder identificarle:

Asoc. de Cancer de Mama y Ginecológico de Castilla la Mancha (AMUMA)

C/ Calatrava 3, 1º C, CP 13001, Ciudad Real (Ciudad Real)

En caso de que entienda que sus derechos han sido desatendidos por nuestra entidad, puede formular una reclamación en la Agencia Española de Protección de Datos (www.agpd.es).

Permisos específicos (marque la casilla correspondiente en caso afirmativo):

☐ Consiento el uso de los datos sobre mi salud para poder recibir los servicios solicitados.

☐ Consiento que se utilice mi número de teléfono para que Asoc. de Cancer de Mama y Ginecológico de Castilla la Mancha (AMUMA) pueda comunicarse conmigo a través de la plataforma de mensajería multiplataforma WhatsApp, mejorando así la rapidez y eficacia de las distintas gestiones y comunicaciones.

☐ Consiento que se utilice mi imagen para su publicación a través de las redes sociales con el fin de dar a conocer la entidad y difundir su actividad.

☐ Consiento la publicación de mi imagen en Internet y otros medios similares para difundir las actividades de su entidad

☐ Consiento el uso de mis datos personales para recibir publicidad de su entidad

☐ Consiento la cesión de mis datos personales a:

☐ Consiento el envío de mis datos personales a:

EXISTE UNA VERSIÓN AMPLIADA DE ESTA INFORMACIÓN A SU DISPOSICIÓN TANTO EN NUESTRAS OFICINAS COMO EN NUESTRA PÁGINA WEB.

Firma del interesado

Nombre y apellidos: .....

DNI: .....