LAS SILLAS VOLADORAS

www.sillasvoladoras.com facebook.com/SillasVoladoras
info@sillasvoladoras.com sillasvoladoras.blogspot.com.es

HOJA DE INSCRIPCIÓN PARA NUEVO SOCIO

Datos Personales:

Nombre:	**Apellidos:**
Dirección:	
Ciudad:	**Provincia:**
Código Postal:	**Teléfono:**
E-mail:	
Fecha Nacimiento:	**D.N.I.:**
Tipo de discapacidad (si procede):	

Comentarios

La cuota anual de socio es: **20 EUR.**

Cuota voluntaria más alta de: …… Eur.

ASOCIACION LAS SILLAS VOLADORAS es el **Responsable del tratamiento** de los datos personales del **Interesado** y le informa que estos datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en las normativas vigentes en protección de datos personales, el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (GDPR), la Ley Orgánica (ES) 15/1999 de 13 de diciembre (LOPD) y el Real Decreto (ES) 1720/2007 de 21 de diciembre (RDLOPD), por lo que se le facilita la siguiente información del tratamiento:

Fin del tratamiento: mantener una relación social.

Criterios de conservación de los datos: se conservarán mientras exista un interés mutuo para mantener el fin del tratamiento y cuando ya no sea necesario para tal fin, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la seudonimización de los datos o la destrucción total de los mismos.

Comunicación de los datos: No se comunicarán los datos a terceros, salvo obligación legal.

Derechos que asisten al Interesado:

- Derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento.
- Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y a la limitación u oposición a su tratamiento.
- Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (agpd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

Datos de contacto para ejercer sus derechos:

ASOCIACION LAS SILLAS VOLADORAS, C/ Fernández de los Ríos, 17-6-G, 28015 Madrid

Para realizar el tratamiento de datos descrito, el Responsable del tratamiento necesita su consentimiento explícito.

El **Interesado** consiente el tratamiento de sus datos en los términos expuestos:

Nombre ..... con NIF .....

Firma:

FORMA DE PAGO:

Banco: Autorizo a "Las Sillas Voladoras" para cargar la cantidad indicada en mi cuenta bancaria (**Datos bancarios con IBAN**):

E	**S**																						

Firma:

Este compromiso quedará extinguido en el momento en que el firmante lo decida
La cuenta de Las Sillas Voladoras es con Triodos Bank, Cta. Nº: ES14 1491 0001 2730 0008 8988