

FICHA DE INSCRIPCIÓN

Puede enviar una foto una vez rellenado

D./Dña. _____ D.N.I. _____
CON DOMICILIO EN _____ CALLE _____ N _____ PUERTA _____
C.P.: _____ PROVINCIA: _____ TEL: _____
E-MAIL: _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

DESEA INSCRIBIRSE:

COMO SOCIO DOMICILIANDO EL PAGO EN EL BANCO O CAJA QUE ABAJO SE INDICA:

AFECTADO (110€ anual) **FAMILIAR** (50€ anual) **COLABORADOR** (____€ anual) **COLABORADOR** (____€ mensual)

- **TERAPIAS GRUPALES:** Lunes, miércoles y viernes **90 €/mes**
- **TERAPIAS INDIVIDUALES:** Realizadas en el local de la Asociación previa cita: **17€/sesión**
- **TERAPIAS REALIZADAS EN LOS DOMICILIOS** (inclusión en el programa "Somos tu Familia" según criterio profesional) **23€/sesión**

Las cuotas se cobran a mes vencido. Las citas para terapias que no hayan sido anuladas antes de las 15h del día anterior también se cobrarán, excepto en casos de fuerza mayor.

DOMICILIACION BANCARIA:

POR LA PRESENTE AUTORIZO EXPRESAMENTE A LA ASOCIACIÓN DE PARKINSON PROVINCIA DE CASTELLÓN, HASTA NUEVA ORDEN, PARA QUE CARGUE EN MI CUENTA EL PAGO DE LOS RECIBOS QUE LES PRESENTARÉ A MI NOMBRE.

IBAN (Nº CUENTA) _____
DIRECCIÓN: _____ POBLACIÓN: _____
C.P.: _____ TITULAR: _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES

En cumplimiento de dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (GDPR) y la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre (LOPDGDD) le informamos que sus datos personales serán tratados y quedarán incorporados a los ficheros SOCIOS Y PACIENTES, cuyo responsable es ASOCIACION PARKINSON PROVINCIA DE CASTELLON con CIF G12495735, con el fin de prestarle los servicios de RECOGIDA DE LOS DATOS PARA LA GESTIÓN DE SOCIOS Y PACIENTES Y EL SEGUIMIENTO DE SU HISTORIAL CLÍNICO

consiente de forma expresa a que sus datos sean tratados por la entidad para dar cumplimiento a la finalidad indicada anteriormente, así como para remitirle información relativa a los servicios prestados en esta entidad que sean de interés para usted.

.... **NO** consiento el tratamiento para fines comerciales o publicitarios relativos a los servicios prestados en la entidad.

.... **NO** consiento el tratamiento de imágenes para la confección de la memoria anual, página web, ni ningún otro medio expuesto al público.

Así mismo le informamos que usted puede ejercitar los derechos de retirada del consentimiento, acceso, rectificación, cancelación, oposición y reclamación dirigiéndose a ASOCIACION PARKINSON PROVINCIA DE CASTELLON, AV. ALCORA, 173 BAJO, 12006 CASTELLÓ DE LA PLANA, o en info@parkinsoncastellon.org, acompañando una fotocopia de su DNI.

En a de de 20.....

Firma: