FICHA DE INSCRIPCIÓN

Parkinson
PROVINCIA DE CASTELLÓN

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE Y APELLIDOS _____ D.N.I. _____

CON DOMICILIO EN _____ CALLE _____ Nº _____ PUERTA _____

C.P.: _____ PROVINCIA: _____ TEL1: _____ TEL2: _____

E-MAIL: _____ FECHA 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 de 10h a 13h: 90 €/mes
- **NEXO-PROGRAMA DE RESPIRO**: Martes y jueves de 10h a 13h: 60 €/mes (inclusión en programa según criterio profesional)
- **TERAPIAS INDIVIDUALES**: Realizadas en el local de la Asociación previa cita: 17€/sesión
- **TERAPIAS REALIZADAS EN DOMICILIO** (inclusión en 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 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

ASOCIACIÓN PARKINSON PROVINCIA DE CASTELLÓN como Responsable del Tratamiento, trata los datos personales proporcionados con el fin de prestarles la información o los productos y/o servicios solicitados y realizar la facturación de los mismos, además de las gestiones administrativas y comerciales pertinentes. Estos datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 201 6/679, de 27 de abril (GDPR), y la Ley Orgánica 3/201 8, de 5 de diciembre (LOPDGDD), por interés legítimo del responsable, (art. 6.1.f GDPR) y conservados durante no más tiempo del necesario para mantener el fin del tratamiento o por prescripción legal. No se comunicarán los datos a terceros, salvo obligación legal. Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y los de limitación y oposición a su tratamiento dirigiéndose a ASOCIACIÓN PARKINSON PROVINCIA DE CASTELLÓN en CL. HERMANOS ROSELL MATA, 5 BJO - 1 2006 CASTELLÓN DE LA PLANA (Castelló).
Email: info@parkinsoncastellon.org y el de reclamación a www.aepd.es.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.

Consentimiento expreso para fines determinados:

SÍ __ / NO__ consiento el tratamiento para fines comerciales o publicitarios relativos a los servicios prestados en la entidad.

SÍ __ / NO__ consiento el tratamiento de imágenes para la confección de la memoria anual, página web, ni ningún otro medio expuesto al público.

En _____, a _____ de _____ de 20 _____

Firma del interesado: