



INSCRIPCIÓN DE SOCIO DATOS PERSONALES DEL SOCIO/A (mayor de 18 años)

Nombre	_____
Apellidos	_____
Fecha de Nacimiento	_____

DATOS DE CONTACTO

Domicilio	_____
Población	_____ CP _____
Provincia	_____
DNI	_____
Correo electrónico	_____
Teléfono fijo	_____
Teléfono móvil	_____

OTROS DATOS

¿Es usted la persona afectada? _____

**En caso de no ser la persona afectada, indíquenos quien es, con los siguientes datos:
nombre completo, fecha de nacimiento, DNI (si dispone) y parentesco.**

¿Desde cuándo tiene epilepsia?

¿Cómo ha conocido nuestra asociación?

Otros datos de interés que debamos conocer



La cuota anual de AME es de 40 €

Si deseas colaborar con otra cuota, marca la casilla correspondiente:

Cuota 50€ anual Cuota 100€ anual Cuota de _____€ anual

SOCIOS NUEVOS:

Transferencia bancaria a la cuenta de ING **ES80 1465 0100 9719 0006 8343**

CUOTAS POSTERIORES:

DOMICILIACIÓN BANCARIA

IBAN

--	--	--	--

ENTIDAD				OFICINA				DC		Nº CUENTA												

Titular de la cuenta: _____

Fecha y firma del titular:

Deseo que la Asociación Madrileña de Epilepsia comunique a Hacienda mi cuota de socio anual para poder desgravarla en mi declaración de la renta.

De acuerdo con lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), le informamos que los datos aportados serán incorporados a un fichero del con la finalidad de realizar la gestión comercial, administrativa, contable y fiscal. Asimismo, declaro haber sido informado de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de mis datos en el domicilio fiscal de la Asociación sito en C/ María Teresa de León, 12. 4ºB – 28051 Madrid, o a través del correo electrónico info@amepilepsia.org