



**Associació de Persones amb Pòlio i Síndrome
Postpòlio de la Comunitat Valenciana**

FITXA DE SOCI

Cognoms		Nom	
DNI		Data naiximent	
		Any contagi pólio	
Adreça		nº	
		Porta	
CP		Localitat	
		Provincia	
Tf fix		Mòbil	
		e-mail	
Grau discapacitat		SPP diagnosticat?	☐ Sí ☐ No
Professió		Situació laboral	
Conter Bancari IBAN	ES		

Associacions de les que soc soci

Solicite ser soci de APIP-CV firmant

en a

Signa

RESERVAT PER A LA JUNTA DIRECTIVA

La Junta Directiva, en la seua reunió del ____ / ____ / _____, acorda la
admissió d'esta sol·licitud, assignant-li el número de soci _____
no admissió per _____

Signat pel Secretari, _____

De conformitat amb el que disposa la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, sobre protecció de dades de caràcter personal (L.O.P.D.), li informem de que les dades personals de la seua titularitat que Vosté ens facilite seran inclosos en el/s fitxer/s de dades de caràcter personal denominat/s FITXES DE SOCIO, el titular i responsable del/s qual/s és ASSOCIACIÓ DE PÓLIO I SÍNDROME POSTPÓLIO DE LA COMUNITAT VALENCIANA, i la finalitat de les quals és l'arreglada en els Estatuts aprovats el 29 de juny de 2016. Vosté podrà exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició reconeguts en la dita Llei posant-se en contacte amb LA JUNTA DIRECTIVA