

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Nombre _____ Apellidos _____

Dirección: _____ Nº _____ Puerta _____ CP _____

Población _____ Provincia _____

Teléfono _____ Móvil _____

Fecha de Nacimiento _____ Profesión _____

Mi colaboración será de _____ € Mensuales Semestrales Anuales

Domiciliación Bancaria:

Nombre de la entidad _____

Dirección de la entidad _____

Número de cuenta _____

Sí quiero ser SOCI@ de la asociación Acció Social La Cambra

Fdo. D/Dña _____

Tus datos personales se incorporarán a un fichero automatizado y confidencial de la Asociación Acció Social La Cambra. Se utilizará única y exclusivamente para los fines de la Asociación, garantizando el cumplimiento de la legislación vigente. Podrás acceder a tus datos, rectificarlos o cancelarlos poniéndote en contacto con: Asociación Acció Social La Cambra. C/ Salvador Ferrandis Luna 46 Bajo. 469809 PATERNA (Valencia) Tfno/Fax.: 96 1387223 Email: lacambra@aslacambra.org

c/ Salvador Ferrandis Luna 46 Bajo
46980 Paterna (Valencia)
Telf.: 96 138 72 23