

Nº SOCIO

NOMBRE SOCIO		FECHA ALTA	FECHA BAJA
1º APELLIDO		2º APELLIDO	
DNI	FECHA NACIMIENTO	SEXO	
		V <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
DOMICILIO		Nº	PISO
			LETRA
LOCALIDAD		PROVINCIA	C.POSTAL
TELF. MÓVIL	TELF. FIJO	OTRO TELF CONTACTO	CORREO-E

ALTA SOCIO	ALTA EN CENTRO REHABILITACIÓN	SERV. PROMOCIÓN AUTONOMÍA PERSONAL
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EL SOCIO ES EL BENEFICIARIO **EN CASO DE SER OTROS BENEFICIARIOS, RELLENAR DATOS INFERIORES:**

BENEFICIARIO	1º APELLIDO	2º APELLIDO	
DNI	FECHA NACIMIENTO	SEXO	
		V <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
PARENTESCO	TELF. MÓVIL	TELF. ADICIONAL	CORREO-E

BENEFICIARIO	1º APELLIDO	2º APELLIDO	
DNI	FECHA NACIMIENTO	SEXO	
		V <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
PARENTESCO	TELF. MÓVIL	TELF. ADICIONAL	CORREO-E

OBSERVACIONES

--

DATOS DE PAGO

ENTIDAD

--

Nº CUENTA BANCARIA

E	S																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CUOTA

FAMILIAR

FORMA DE PAGO

TRANSFERENCIA EN EFECTIVO

ADECYL
C.I.F.: G47529227
C/ Morales, 1 Local
47195-Arroyo de la Encomienda
La Flecha (Valladolid)
Tfno.: 983044912/674791147

FECHA Y FIRMA
LEÍDO Y ACEPTADO

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 que es titular ASOCIACIÓN DE ESCOLIOSIS CASTILLA Y LEÓN con la finalidad de realizar la gestión administrativa, contable y fiscal, así como enviarle comunicaciones comerciales sobre nuestros productos y servicios.

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 ASOCIACIÓN DE ESCOLIOSIS CASTILLA Y LEÓN sito en C/ Morales nº 1-3, bajo 47195 – ARROYO DE LA ENCOMIENDA – VALLADOLID – adecyl@adecyl.org

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS	
Responsable	Asociación de Escoliosis Castilla y León
Finalidad	GESTIÓN DE CLIENTES, CONTABLE, FISCAL Y ADMINISTRATIVA
Legitimación	Legitimación por consentimiento del interesado
Destinatarios	No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal
Derechos	Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional

CONSENTIMIENTO

La finalidad y uso previsto de los datos en sí mismos como de su tratamiento, es prestarle el servicio solicitado. A continuación podrá aceptar las finalidades que crea convenientes marcando su casilla correspondiente, tenga en cuenta que algunas finalidades pueden ser necesarias para poderle prestar el servicio, en el caso de NO marcar casillas, no podrá prestar/entregar el servicio/producto asociado.

- Prestación del servicio contratado** (Si acepta el tratamiento de sus datos con esta finalidad marque esta casilla)
- Envío de ofertas de productos y servicios de su interés** (Si acepta el tratamiento de sus datos con esta finalidad marque esta casilla)

Firma a

Fdo:

Identidad del responsable del Tratamiento	
Identidad	Asociación de Escoliosis Castilla y León
CIF	G-47529227
Dir. Postal	C/ Morales nº 1-3, Bajo -47195- Arroyo de la Encomienda
Teléfono	983 409 846
E-Mail	adecyl@adecyl.org

Decisiones automatizadas, perfiles y lógica aplicada:
La empresa NO tomará decisiones automatizadas.

Legitimación

Legitimación por consentimiento del interesado:

La empresa solicitará el consentimiento del interesado antes de la recogida de datos, para ello se utiliza un formulario donde se detalla toda la información relativa a la protección de datos.

FINALIDADES

Tratamos la información que nos facilitan las personas interesadas en el fin de:

1. Gestionar administrativa y comercialmente la cartera de clientes de la empresa.
2. Gestionar el envío de la información que nos soliciten/facilitar a los interesados ofertas de productos y servicios de su interés.

Conservación

Plazos o criterios de conservación de los datos:

Los datos personales proporcionados se conservarán, mientras se mantenga la relación mercantil, no se solicite su supresión por el interesado, o durante 1 año a partir de la última confirmación de interés.

Decisiones

DESTINATARIOS

Durante el periodo de duración del tratamiento, no realizará ninguna cesión, salvo obligación legal, ni tampoco transferencia alguna.

DERECHOS

El interesado puede ejercer los siguientes derechos:

- Derecho a solicitar el acceso a sus datos personales.
- Derecho a solicitar su rectificación o supresión
- Derecho a solicitar la limitación de su tratamiento
- Derecho a oponerse al tratamiento
- Derecho a la portabilidad de datos
- Derecho a retirar el consentimiento prestado

Para ello podrá emplear los formularios habilitados por la empresa, o bien dirigir un escrito a ADECYL, C/ Morales nº 1-3, Bajo, 47195, Arroyo de la Encomienda, también puede enviar un email a: adecyl@adecyl.org
Además, el interesado puede dirigirse a la Autoridad de Control en materia de Protección de Datos competente para obtener información adicional o presentar una reclamación.

PACIENTE

D/Dña _____
con DNI _____ he leído la información que ha sido explicada en cuanto al consentimiento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre mi examen, valoración y tratamiento. Firmando abajo consiento que se me aplique el tratamiento que se me ha explicado de forma suficiente y comprensible.

Entiendo que tengo el derecho de rehusar parte o todo el tratamiento en cualquier momento. Entiendo mi plan de tratamiento y consiento en ser tratado por un fisioterapeuta colegiado.

Declaro no encontrarme en ninguna de los casos de las contraindicaciones especificadas en este documento.

Declaro haber facilitado de manera leal y verdadera los datos sobre estado físico y salud de mi persona que pudiera afectar a los tratamientos que se me van a realizar. Asimismo decido, dentro de las opciones clínicas disponibles, dar mi conformidad, libre, voluntaria y consciente a los tratamientos que se me han informado.

AUTORIZACIÓN DEL FAMILIAR O TUTOR

D/Dña _____ con DNI _____
en calidad de _____, como representante legal de _____
decido, dentro de las opciones clínicas disponibles, dar la conformidad libre, voluntaria y consciente a la técnica descrita para los tratamientos explicitados en el presente documentos.

Arroyo de la Encomienda, _____

REVOCACIÓN AUTORIZACIÓN

D/Dña. _____ con DNI _____
revoco el consentimiento otorgado el día _____ de _____ de _____

Arroyo de la Encomienda, _____ de _____ de _____



Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA SEPA Direct Debit Mandate

A cumplimentar por el acreedor
To be completed by the creditor

Referencia de la orden de domiciliación: Cuota anual Socios ADECYL
Mandate reference

Identificador del acreedor: G-47529227
Creditor Identifier

Nombre del acreedor / Creditor's name
Asociación de Escoliosis Castilla y León

Dirección / Address
Calle Morales, 1

Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town
47195 | Arroyo de la Encomienda | Valladolid

País / Country
España

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

By signing this mandate form, you authorise (A) the Creditor to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the Creditor. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within eight weeks starting from the date on which your account was debited. Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.

A cumplimentar por el deudor
To be completed by the debtor

Nombre del deudor/es / Debtor's name
(titular/es de la cuenta de cargo)

Dirección del deudor / Address of the debtor

_____ N° _____ Piso _____ Letra _____

Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town

País del deudor / Country of the debtor
España

Swift BIC / Swift BIC *(puede contener 8 u 11 posiciones) / Swift BIC (up to 8 or 11 characters)*

ES

Número de cuenta - IBAN / Account number - IBAN

En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando siempre por ES
Spanish IBAN of 24 positions always starting ES

Tipo de pago:
Type of payment

Pago recurrente **o** **Pago único**
Recurrent payment *or* *One-off payment*

Fecha - Localidad: _____ Arroyo de la Encomienda (Valladolid)
Date - location in which you are signing

Firma del deudor: _____
Signature of the debtor

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.
UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.
ALL GA PS ARE MANDATORY. ONCE THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED MUST BE SENT TO CREDITOR FOR STORAGE.