



ASOCIACIÓN CORDOBESA DE DAÑO CEREBRAL

Plaza Vista Alegre nº 11, (Edificio Florencia)

14004- CÓRDOBA.

Tel.: 957 45 25 21 / 957 46 81 83.

E-mail: acodace@hotmail.com - <http://acodace.blogspot.com.es>

FICHA DE ASOCIADO

¿Es usted afectado? Sí No. ¿Y familiar? Sí No ¿Desea recibir correspondencia? Sí No

Deseo colaborar con.... 102,00 €/año 9,00 € Mensual 52,00 € Semestral
 €/año 26,50 € Trimestral

FICHA DE AFECTADO

Provincia de nacimiento.....

¿Es pensionista?..... ¿Posee certificado de minusvalía?..... ¿Qué grado?.....

¿En qué año le fue diagnosticada la enfermedad?.....

¿Quién es su medico actual?..... ¿Le ha hablado de nuestra Asociación?.....

¿Qué tratamiento recibe en la actualidad?.....

¿En qué Centro médico?.....

¿Cuál es su grado de afectación?

Camina solo
 Necesita ayuda
 En silla de ruedas En
 cama

¿Tiene otros familiares afectados?..... (en su caso) ¿Qué parentesco les une?.....

Apellidos		Nombre	DNI-NIF
Fecha de nacimiento		Domicilio	Código Postal
E-mail (muy importante)		Localidad	
Provincia	Teléfono		Móvil (muy importante)

DATOS BANCARIOS

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

BANCO/CAJA.....

Muy Sres. Míos:

Les agradeceré que hasta nuevo aviso carguen en mi cuenta los recibos que a mi nombre presente ACODACE.

En Córdoba a de de

Firmado

CLÁUSULA DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO.

A los efectos de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, y en base a la consideración de Socio/Afectado que usted tiene con nuestra Asociación, sometemos a su aceptación la siguiente cláusula de información y consentimiento para el tratamiento de sus datos de carácter personal.

ACODACE le informa que sus datos van a formar parte de los ficheros responsabilidad de la Asociación Cordobesa de Daño Cerebral y debidamente inscritos en el REGISTRO GENERAL DE LA AGENCIA ESPAÑOLA DE PROTECCIÓN DE DATOS, cuyos fines son los que se expresan en los siguientes párrafos. Si usted esta de acuerdo con lo que en ellos se redacta, por favor:

MARQUE LA CASILLA QUE CORRESPONDA

(de lo contrario se entenderá como oposición al tratamiento de sus datos).

- El abajo firmante autoriza expresamente la cesión de sus datos a otras entidades siempre que dicha cesión sea necesaria para la prestación del servicio solicitado, la Federación Española de Daño Cerebral (FEDACE), así como a la Federación Andaluza de Daño Cerebral (FANDACE) siempre cumpliendo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre.
- Con la suscripción de este documento usted autoriza expresamente el tratamiento de los datos e información recabados con la finalidades indicadas, así como el uso de su imagen (fotografías o videos) dentro del centro y en cualquier medio de difusión exterior (boletines, pagina Web, redes sociales o equivalentes, etc....) que la Asociación Cordobesa de Daño Cerebral organice, siempre cumpliendo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre.
- Autorizo, a los profesionales del centro, el acceso a mis datos de salud, informes médicos y a todo lo relacionado con la atención socio sanitaria con el fin de que puedan proceder conjuntamente a la hora de mi valoración, así como la cesión de datos de salud a entidades publicas o privadas con el fin de satisfacer necesidades socio-sanitarias en beneficio de mi propio interés. Siempre cumpliendo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre.

Así mismo se le informa de que usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de sus datos para los fines indicados, dirigiéndose por escrito acompañado de fotocopia del D.N.I a ACODACE sita en Plaza Vista Alegre nº 11, Edif. Florencia, 14004, Córdoba.

En el caso de que facilite datos de carácter personal referentes a otra personal, deberá con carácter previo a su inclusión, informarle de los extremos contenidos en este documento.

Fdo: _____

D.N.I: _____