

FICHA DE ASOCIADO

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

Deseo colaborar con.... 105,00 €/año 10,00 € Mensual 28,00 € Trimestral

..... €/año 55,00 € Semestral

FICHA DE AFECTADO

Provincia de nacimiento.....

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

¿Cuál es su diagnóstico de Daño Cerebral Adquirido (DCA)?.....

¿En que año sufrió el episodio de DCA?.....

¿Cómo ha conocido nuestra Asociación?.....

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

¿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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento	Domicilio	Código Postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail (muy importante)	Localidad	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Provincia	Teléfono	Móvil (muy importante)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS BANCARIOS:

E	S	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

TITULAR CUENTA: _____ D.N.I.: _____ --

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

..... a de de

Fdo.: _____

CLÁUSULA DE INFORMACIÓN 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, cuya finalidad es la gestión de los servicios prestados por la Asociación como Socio/Afectado, así como, el envío de todo tipo de comunicaciones con el objeto de informarle sobre actividades, eventos, etc.... de interés para el Socio/Afectado, a través de cualquier medio, incluido el correo electrónico.

MARQUE LA CASILLA QUE PROCEDA

- 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, y en su caso, a 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: _____