

SOLICITUD DE INSCRIPCION SOCIO

CON AFECTADO

DATOS FAMILIARES

| | | |
|---|--------------------|---------------|
| Nombre y Apellidos (Padre/Tutor) | | |
| N.I.F. | Correo Electrónico | Télefono |
| Domicilio | | |
| Localidad | | Código Postal |

| | | |
|--|--------------------|---------------|
| Nombre y Apellidos (Madre/Tutora) | | |
| N.I.F. | Correo Electrónico | Télefono |
| Domicilio | | |
| Localidad | | Código Postal |

| | |
|--|---------------|
| Nombre y Apellidos (Afectado) | |
| Lugar y fecha de nacimiento | |
| Domicilio | |
| Localidad | Código Postal |

El importe de la cuota de socio es de 20€ por trimestre natural.

Los datos facilitados en la solicitud pasarán a formar parte de un fichero propiedad de la Asociación Española del Síndrome de Sotos y serán tratados para realizar la gestión de su solicitud y los fines que la entidad contempla, pudiendo ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiéndose por escrito a: ASOCIACION ESPAÑOLA DEL SINDROME DE SOTOS, calle Isaac Peral, número 8, bloque 2, piso 3ºB – 28660 Boadilla del Monte (Madrid). Registro Nacional de Asociaciones, Número Nacional: 594710.

SEDE SOCIAL:

CL. Isaac Peral, 8 – Bloque 2 -3ºB
28660 Boadilla del Monte (Madrid)

CONTACTO:

Movil: 672 538 550
Móvil: 636 83 82 35

www.asociacionsotos.org

info@sindromedesotos.org

monica@sindromedesotos.org