



**ASOCIACION DE MUJERES AFECTADAS DE CANCER DE MAMA, ROSAE.****Documento de Consentimiento****NOMBRE Y APELLIDOS:****DNI:****DIRECCIÓN:****TELEFONO:****EMAIL:****NUMERO DE CUENTA:**

El abajo firmante, mediante el presente documento **DECLARA Y MANIFIESTA:**

1. Que se ha inscrito como socio de la Asociación de Mujeres Afectadas de Cáncer de Mama, ROSAE, con CIF G13346408 y domicilio en calle Avenida Primero de Julio, nº 46 de Valdepeñas y apartado de correos 160 de Valdepeñas, en lo sucesivo, denominada la ASOCIACION.

2. Que ha sido informado por la ASOCIACION de que en nombre de la asociación tratamos la información que nos facilita en el presente documento con el fin de darle de alta como socio y el cobro de la cuota. Los datos proporcionados se conservarán hasta que se solicite la baja y/o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales. Algunos de estos datos serán cedidos a la entidad bancaria con la que trabajamos para la emisión de los correspondientes recibos. Usted tiene derecho a obtener confirmación sobre si en Asociación de Mujeres Afectadas de Cáncer de Mama, ROSAE estamos tratando sus datos personales por tanto tiene derecho a acceder a sus datos personales, rectificar los datos inexactos o solicitar su supresión cuando los datos ya no sean necesarios dirigiéndose mediante correo postal a la dirección anteriormente indicada.

Asimismo, solicitamos su autorización para enviarle información sobre las actividades de la asociación:

SI

NO

Valdepeñas ..... de ..... de 201...

Firma: