



## Formulario Socio/a ASAFEX

v3-20150116

### Datos del afectado/a (en caso de persona afectada del Complejo Extrofia-Epispadias en alguna de sus variantes)

Nombre:	Apellidos:	F. Nacimiento:	Sexo:	D.N.I.:	Socio/a individual <input type="checkbox"/> (1)
---------	------------	----------------	-------	---------	--

### Datos del padre (opcional para pacientes mayores de 18 años o de 14 emancipados/as)

Nombre:	Apellidos:	Email:	D.N.I.:	Socio individual <input type="checkbox"/> (1)
---------	------------	--------	---------	--

### Datos de la madre (opcional para pacientes mayores de 18 años o de 14 emancipados/as)

Nombre:	Apellidos:	Email:	D.N.I.:	Socia individual <input type="checkbox"/> (1)
---------	------------	--------	---------	--

(1) En caso de **NO** marcar las casillas de socio/a individual se entenderá toda la unidad familiar como asociada a ASAFEX según art.27

### Datos de socio/a (en caso de amigo o familiar de afectado, según art.25)

Nombre:	Apellidos:	D.N.I.:	Amigo/a o familiar de:
---------	------------	---------	------------------------

### Datos de envío de correspondencia

Nombre:	Apellidos:	
Dirección:		
Población:	C.P.:	Provincia:

### Medios de contacto

Tlf.Casa:	Móvil:	Otro teléfono:	email principal:	Otro email:
-----------	--------	----------------	------------------	-------------

Las 2 secciones siguientes se rellenarán sólo en caso de socios/as afectados por el Complejo Extrofia Epispadias en alguna de sus variantes

<b>Tipo de malformación</b>	<b>Estado actual (indica la fecha)</b>
¿En tratamiento Psicológico? (SI/NO): ____ Observaciones que quieras hacer:	

### Lugar de tratamiento actual

Facultativo:	Hospital:	Dirección:
Población:	C.P.:	Provincia:

### Otros datos

¿Entrar en lista de email <a href="mailto:lista@extrofia.info">lista@extrofia.info</a> ? (SI/NO): ____	¿Quieres colaborar con la junta directiva? (SI/NO): ____	Envío boletín por: <input type="checkbox"/> correo electrónico <input type="checkbox"/> correo ordinario
--	--	---

### ¿Das tu conformidad para que tus datos puedan ser remitidos a otros socios?

SI  NO 

### ¿Permiso para uso de imágenes por ASAFEX (web,boletín,..) ?

SI  NO 

### Domiciliación bancaria de las cuotas de socio ASAFEX (conforme a lo aprobado en las asambleas generales)

Cuenta Bancaria: _____ Iban Banco Sucursal DC Cuenta	Firma del titular:
Nombre y apellidos del titular:	D.N.I.:

**Firma:**

Nombre: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**"Nota: Ley de Protección de datos de carácter personal:**

Con objeto de dar cumplimiento a lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre y el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, le informamos de que sus datos van a ser incluidos en un fichero, cuyo responsable es la Junta Directiva de la Asociación ASAFEX. Los datos recabados son necesarios para la gestión de los cometidos sociales de la citada Asociación y de sus órganos de dirección y gobierno. Sus datos personales no serán comunicados a otras Entidades, de carácter público o privado, ni a particulares, sin su consentimiento expreso. En el plazo de treinta días puede manifestar su negativa al tratamiento de sus datos, y cualquiera otros datos personales añadidos que deban ser facilitados posteriormente y sean necesarios para la finalidad indicada; en caso de no pronunciarse a tal efecto se entenderá que consiente el tratamiento de sus datos de carácter personal. Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por carta al domicilio social de la Asociación (C/ Francisco Silvela 71- 3º F - 28028 MADRID) o bien por email a la siguiente dirección [datos@asafex.es](mailto:datos@asafex.es)"