ASOCIACIÓN ESPAÑOLA
DE BANCOS DE LECHE HUMANA

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

1. Datos personales

Nombre y Apellidos……

DNI…… Correo electrónico……..

Teléfono(s) de contacto ……

Domicilio particular ……

Población/Provincia……Código Postal……..

Fecha y firma del solicitante

2. Datos profesionales

Centro de trabajo……

Servicio/Departamento……..

Cargo *(si existe, incluir vinculación a banco de leche)*……

……

3. Datos bancarios para domiciliación*

Deseo que me domicilien las cuotas (rodee con un círculo) SÍ NO

Entidad bancaria/ IBAN……

La cuota anual aprobada en asamblea es de **30 euros.** El pago de la primera cuota debe hacerla cada aspirante mediante transferencia bancaria a la cuenta de la Asociación **ES37 2100 5618 0802 0002 1291
Posteriormente, si así lo desea, el pago se domiciliará a la cuenta que nos especifique. Si cambia su cuenta bancaria, le rogamos nos lo comunique al correo electrónico de la Asociación.
Si no desea que se domicilie el pago, deberá realizar el ingreso anual en la cuenta de la Asociación antes señalada en el primer trimestre del año correspondiente.

4. Socios que avalan la solicitud

Nombre y apellidos…….. Nombre y apellidos……..

Fecha y firma Fecha y Firma

Una vez rellenado el formulario, remitid por correo electrónico escaneado a a.e.bancoslechehumana@gmail.com

De acuerdo con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, usted consiente expresamente que sus datos sean recogidos y tratados en un fichero titularidad de la Asociación Española de Bancos de Leche Human con domicilio social en la calle Rosselló i Caçador, 20,07004 Palma de Mallorca. Dichos datos se recogen con el fin de promocionar y gestionar las actividades de la Asociación. En todo momento podrá revocar el consentimiento prestado, así como ejercer sus derechos de acceso a sus datos, a su rectificación, supresión o portabilidad, limitación y oposición en la medida que sean aplicables, a través de comunicación escrita al Responsable del Tratamiento, Banco Regional de Leche Materna de la Comunidad de Madrid en el Hospital Universitario 12 de Octubre, con domicilio en Avda Cordoba s/n, 28041 Madrid, concretando su solicitud, junto con su DNI o documento equivalente. Asimismo, le informamos de la posibilidad de presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos