



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN COMO SOCIO/A AMIGO/A
ASOCIACIÓN SÍNDROME X FRÁGIL DE MADRID

DATOS PERSONALES

Nombre	
Apellidos	
D.N.I. / Pasaporte	
Dirección completa	
Población	
Provincia	
Código Postal	
Teléfono	
Correo Electrónico	

ELECCIÓN DE CUOTA (marcar con una X la opción deseada)

CANTIDAD							
5€		10€		15€		Otra (especificar)	
TEMPORALIDAD							
Mensual		Trimestral		Semestral		Anual	
NÚMERO DE CUENTA							
IBAN	ES						

En _____, A ___ de _____ de 20__

Firma:

Los datos personales recogidos en este documento serán tratados de conformidad con el nuevo Reglamento Europeo (UE) 2016/679 de Protección de Datos. La información relativa a los destinatarios de los datos, la finalidad y las medidas de seguridad, así como cualquier información adicional relativa a la protección de sus datos personales podrá consultarla en la dirección www.xfragil.net. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación de tratamiento dirigiéndose por escrito a la ASXFM, C/ Mequinenza, 20 1ºF, 28022 Madrid. El hecho de facilitarnos sus datos personales implica que acepta que los mismos pasen a formar parte de nuestro fichero con la única finalidad de atender al cumplimiento de los fines previstos en el mismo.