

**1 DATOS ADMINISTRATIVOS** (Aportar fotocopia del DNI o NIF)

Apellidos:	<input type="text"/>		
Nombre:	<input type="text"/>	DNI-NIF:	<input type="text"/>
Domicilio:	<input type="text"/>	C.P.:	<input type="text"/>
Localidad:	<input type="text"/>	Provincia:	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>	Teléfono móvil:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>		

¿Cómo prefieres que nos pongamos en contacto contigo?

Correo postal

Correo electrónico

Otros

**2 DATOS DE INTERÉS** (Aportar fotocopia último informe médico)

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Fecha diagnóstico: \_\_\_\_\_

Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_ Provincia nacimiento: \_\_\_\_\_

Pensionista: Si  No  Certificado minusvaía: Si  No  Grado: \_\_\_\_\_

Profesional neurología: \_\_\_\_\_

Tratamiento actual: \_\_\_\_\_

Centro médico (AE): \_\_\_\_\_ Centro de salud (AP): \_\_\_\_\_

Familiares con el mismo diagnóstico: Si  No  Parentesco: \_\_\_\_\_

**3 CONOCIMIENTO DE LA ASOCIACIÓN**

¿Cómo nos ha conocido? \_\_\_\_\_

Prof. Neurología

Web

Prensa/TV

Socios/as

Redes sociales

Otros

Indicar \_\_\_\_\_

**4 VALORACIONES**

Con el fin de realizar las valoraciones iniciadas, indique su preferencia para ser citada:

Mañanas

Indistinto

Tardes

Otras

Indicar \_\_\_\_\_

**5 COLABORACIÓN**

90 €/año

150 €/año

\_\_\_\_\_ €/año

Anual (Pago único)

Semestral (Dos plazos)

**DATOS BANCARIOS:**

IBAN:	Entidad:	Oficina:	D.C.	Número de cuenta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

BANCO/CAJA: Les agradeceré que hasta nuevo aviso carguen en mi cuenta los recibos que a mi nombre presente ADEMNA.

..... a ..... de ..... de 2.....

### CLAUSULA DE CUMPLIMIENTO DEL PRINCIPIO DE INFORMACIÓN/CONSENTIMIENTO

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Asociación de Esclerosis Múltiple de Navarra (ADEMNA), informa a las personas interesadas que sus datos de carácter personal serán objeto de tratamiento en nuestros ficheros con la finalidad de la relación y gestión administrativa derivada de la misma.

Asimismo, la persona interesada consiente expresamente a que:

- Sus datos de salud necesarios para elaborar informes y estadísticas a nivel de control de la Asociación, sean incorporados a las bases de datos de ADEMNA pudiendo éstos ser cedidos a otros organismos o instituciones públicas relacionados con esta Asociación.
- Sus datos serán cedidos a YOUR CONCEPT ESTUDIO CREATIVO, S.L con finalidad del envío de informaciones mensuales vía e-mailing.
- La persona socia/afectada consiente el citado envío.

La persona titular de los datos se compromete a comunicar por escrito a la Asociación cualquier modificación que se produzca en los datos aportados.

Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición enviando una solicitud por escrito, acompañada de una fotocopia de su DNI a la siguiente dirección: ADEMNA (ASOCIACION DE ESCLEROSIS MULTIPLE DE NAVARRA), con domicilio en C/ Lerín 25 bajo, 31013 Ansoain.

Firma: