

## FICHA DE ASOCIADO/A

ASOCIADO/A		FECHA ALTA		FECHA BAJA	
NOMBRE Y APELLIDOS					
FECHA NACIMIENTO			DNI		
DIRECCIÓN					
LOCALIDAD		PROVINCIA		C.P.	
TELÉFONO		MÓVIL			
EMAIL					
FAMILIAR		TELÉFONO			
2º EMAIL					

## OTROS DATOS

NOMBRE DEL MENOR		EDAD	
OBSERVACIONES			

## DATOS BANCARIOS

IBAN	ES				
TITULAR DE LA CUENTA					
FORMA DE PAGO	ANUAL		SEMESTRAL		

**Solicito ser dado/a de alta como asociado/a en la Asociación de Epilepsia de la Comunidad Valenciana, ALCE. Y me comprometo a cumplir con lo establecido en los estatutos de la asociación.**

## CAUSA BAJA

--

### AVISO LEGAL.

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica de Protección de Datos 15/99 de 13 de diciembre y el RD 1720/2007 de 21 de diciembre, le informamos que sus datos forman parte de un fichero automatizado titularidad de ALCE, Asociación de Epilepsia de la Comunidad Valenciana para informarle de las actividades de la entidad y de temas relacionados con la misma. En cualquier momento usted puede ejercitar sus derechos de acceso, oposición, rectificación y cancelación, mediante escrito dirigido a: ALCE, C/ Periodista Llorente, nº3 bajo derecha, 46009 Valencia o enviando un e-mail a [comunicacion@alcepilepsia.org](mailto:comunicacion@alcepilepsia.org)