

INSCRIPCIÓN COMO SOCIO / SOCIA EN LA ASOCIACIÓN  
ESPAÑOLA DE AFECTADOS POR ACROMEGALIA

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos:

Dirección:

DNI (con letra):

Código Postal

Fecha de nacimiento:

Teléfono:

Población:

E-mail:

Provincia:

HOJA DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

Autorizo a la entidad que tramite los recibos que presentará la Asociación Española de Afectados por Acromegalia, en concepto de cuota semestral ó anual en mi cuenta.

IBAN: ES

Marca la opción que prefieras:

Hacerme socio

- Abonando una cuota semestral de 20€  
 Abonando una única cuota anual de 40€

Asociación Española de afectados por  
**acromegalia**

**Asociación Española de Afectados por Acromegalia**

Nº Registro 592723

C/San Jorge, 108 . CP 22004 . Huesca

**PROTECCIÓN DE DATOS:** En cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal se le informa que los datos personales facilitados o que pueda facilitarnos podrán ser incluidos en un fichero titularidad de la Asociación Española de Afectados por Acromegalia, con la finalidad de realizar un seguimiento de la presente inscripción. Se garantiza su confidencialidad y seguridad, razón por la cual consiente envíos posteriores a través de correo electrónico.