

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

Nombre y Apellidos:  
DNI (con letra):  
Fecha de nacimiento:  
Población:  
Provincia:

Dirección:  
Código Postal  
Teléfono:  
E-mail:

**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

**Hacerme socio**

Abonando una única cuota anual de 40€

**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.