



A. D. VOLEIBOL RIVAS

FORMULARIO SOLICITUD COMO SOCIO/A DE NÚMERO

CUOTA ANUAL:

- Socio General: **30 €**
- Socio Colaborador: **100 €**

TEMPORADA 2018/2019

1º Apellido:		2º Apellido:		Nombre:	
DNI:	Domicilio:		Población:		Código Postal:
Provincia:	Teléfono móvil:	Teléfono 2:	E-mail:		
Tipo de socio:	SOCIO GENERAL: <input type="checkbox"/>		SOCIO COLABORADOR: <input type="checkbox"/>		
Ingreso nº cuenta A. D. Voleibol Rivas					
SABADELL: ES11 0081 0189 8300 0170 1773					
La primera cuota de socio/a se abonará mediante ingreso en número de cuenta.					
Nº Cuenta: _____					
SE HABILITAN DOS PLAZOS ORDINARIOS DE ASOCIACIÓN: DEL 15 DE SEPTIEMBRE AL 15 DE OCTUBRE Y DEL 15 DE DICIEMBRE AL 30 DE ENERO.					
ENTREGAR JUNTO DOCUMENTO INGRESO BANCARIO:				FECHA y FIRMA:	
Entrenador/a o Tesorero					
C.E.I.P José Hierro. Avda. José Hierro 86					
<i>(Tanto el ingreso como este impreso se pueden enviar también por correo electrónico)</i>					
Escaneado a info@voleibolrivas.es					

En cumplimiento de lo dispuesto en la **Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal** (Ley 15/1999, de 13 de diciembre). **AD.VOLEIBOL RIVAS** le informa que los datos aquí expuestos serán incorporados al **fichero general de socios** propiedad de esta Agrupación cuya finalidad es mantener y cumplir con las obligaciones que dimanen de dicha solicitud, por lo que la información recabada no se difundirá sin su consentimiento.

Entrando en contacto con el **Responsable del Fichero**, podrán ejercerse los **derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición** previstos en la propia ley.



A. D. VOLEIBOL RIVAS - Temp. 2018-2019

1º Apellido:	2º Apellido:	Nombre:	DNI:
Fecha:	Fdo.-	Nº Socio/a Provisional:	