



A. D. VOLEIBOL RIVAS

FORMULARIO SOLICITUD COMO SOCIO/A DE NÚMERO

CUOTA ANUAL:

- Socio General: **30 €**

TEMPORADA 2020/2021

1º Apellido:		2º Apellido:		Nombre:	
DNI:	Domicilio:		Población:		Código Postal:
Provincia:	Teléfono móvil:	Teléfono 2:	E-mail:		
FORMA DE PAGO:	SOCIO GENERAL:		<input type="checkbox"/>		
Ingreso nº cuenta A. D. Voleibol Rivas					
SABADELL: ES11 0081 0189 8300 0170 1773					
ENTREGAR JUNTO DOCUMENTO INGRESO BANCARIO: Entrenador/a o presidente Vía online enviar por correo escaneado junto con el ingreso a: secretaria@voleibolrivas.es				FECHA y FIRMA:	

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. (Ley 3/2018, de 5 de diciembre). A. D. VOLEIBOL RIVAS le informa que los datos aquí expuestos serán incorporados al fichero general bancario, 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.

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