

D/D^a: _____, DNI: _____
C/ _____ número _____ piso _____
Código postal _____ Localidad _____ Provincia _____
Fecha de nacimiento: _____ E-mail: _____
Teléfono/s _____

❖ **REPRESENTANTE (si procede)**

D./ Dña. _____ con DNI _____ y
domicilio situado en C/ _____ en representación de
la persona arriba indicada.

❖ **SOLICITA:**

Ser socio/a **Numerario/ Juvenil (36 €/año)**. *Se puede fraccionar el pago en cuotas de 3 meses*

Ser socio/a **Colaborador" (72 €/año)**. *Se puede fraccionar el pago en cuotas de 3 meses*

¿Cómo NOS HAS CONOCIDO?

- Amigos o Conocidos (Nombre): _____
- Internet
- Redes Sociales
- Prensa
- Oficinas de Empleo
- Radio
- Actividades de Difusión, folletos, carteles,...
- Centro de Valoración, otras entidades de personas con discapacidad
- Centros de Salud
- Otros (Indicar cuál): _____

❖ **PAGO DE RECIBOS SOCIOS/AS**

ENTIDAD DE CREDITO

Nombre:
Dirección:
Localidad:

TITULAR DE CUENTA DE CRÉDITO

Nombre y apellidos:

ORDEN DE DOMICILIACIÓN

Fecha:

COPIA PARA EL SOCIO



WhatsApp

-Si quieres recibir whatsapp tienes que incorporar en tu lista de contactos el teléfono móvil de El Saliente, **699525266**.

Desde la Asociación creamos listas de difusión con los números de teléfono de los usuarios para enviarles información. Si no incorporas dicho teléfono a tu móvil, no te llegará información.

¿Qué son las listas de difusión?

Son listas de destinatarios a los que se les envía la misma información y en el mismo instante. La diferencia con los grupos de whatsapp es que, para poder recibir mensajes a través de dichas listas, cada destinatario debe tener guardado el número de teléfono del destinatario en la lista de contactos de su teléfono móvil. Al tener el número guardado se previene que los usuarios reciban mensajes **no solicitados y spam** de otros remitentes pudiendo así controlar quien puede enviarle un mensaje de difusión.

¡Recuerda! Si deseas recibir whatsapp, graba en tu móvil el teléfono.



CLAUSULA INFORMATIVA INSCRIPCION SOCIO/A NUMERARIO/JUVENIL O COLABORADOR

RESPONSABLE Y FINALIDAD: En cumplimiento de la normativa vigente en materia de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos personales que nos proporciona, incluidos los del representante legal, en su caso, serán tratados por **Asociación de Personas con Discapacidad El Saliente-CEE** con la finalidad de llevar a cabo la gestión contable y fiscal.

PLAZO: Los datos personales proporcionados se conservarán:

- Mientras no se solicite su supresión por el interesado
- Se mantenga la relación entre las partes
- O durante el plazo que fije la normativa aplicable en la materia

LEGITIMACION: La legitimación para el tratamiento de datos se basa en la relación establecida con el socio/a para llevar a cabo el cobro de las cuotas y otras relaciones que se establezcan entre la Asociación y el socio/a.

DESTINATARIOS: Los destinatarios de los datos serán Organizaciones o personas directamente relacionadas con el responsable, Administración Tributaria y entidades bancarias.

DERECHOS: El interesado puede ejercer los derechos de acceso a sus datos personales, rectificación, supresión (derecho al olvido), limitación de tratamiento, oposición, portabilidad, derecho a no ser objeto de decisiones individualizadas, así como la revocación del consentimiento prestado. Para ello podrá dirigir un escrito a **C/ San Rafael 25 -04230 Huércal de Almería (Almería)** o también puede enviar un email a informatica@elsaliente.com, adjuntando documento que acredite su identidad.

RECLAMACION: Además, el interesado puede dirigirse a la Autoridad de Control en materia de Protección de Datos competente para obtener información adicional o presentar una reclamación.

CONSENTIMIENTO

Para el envío de comunicaciones sobre las actividades y/o servicios prestados por la entidad a través de correo electrónico y/o SMS (Si acepta el tratamiento de sus datos con esta finalidad marque esta casilla)

Para el uso de su imagen personal con la finalidad de utilizarla en memorias, documentos explicativos y otros documentos tendentes al buen desarrollo de los programas y consecución de objetivos, sólo para uso interno de la entidad. (Si acepta el tratamiento de sus datos con esta finalidad marque esta casilla).

Para el uso de su imagen personal con la finalidad de divulgar y difundir en distintos medios de comunicación, redes sociales, página web, televisión y otros soportes las actividades de la entidad (Si acepta el tratamiento de sus datos con esta finalidad marque esta casilla).

SOCIO/A: _____

Nombre y apellidos (Del Representante Legal, en su caso):

DNI:

Fecha:

Firma:

Firma Asociación:
23226971F MATIAS GARCIA (R: G04180014)

Firmado digitalmente por 23226971F MATIAS GARCIA (R: G04180014)
Nombre de reconocimiento (DN): 2.5.4.13=Ref:AEA/EAAT0410/
PUESTO 1/47859/27102017/132708
serialNumber=dES-23226971F.givenName=MATIAS, o=GARCIA
FERNANDEZ, cn=23226971F MATIAS GARCIA (R: G04180014),
2.5.4.39=VALES-G04180014, o=ASOCIACION PERSONAS CON
DISCAPACIDAD EL SALIENTE, c=ES
Fecha: 2018.02.20 10:17:20 +01'00'

CLAUSULA INFORMATIVA USUARIOS

RESPONSABLE Y FINALIDAD: En cumplimiento de la normativa vigente en materia de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos personales que nos proporciona, así como los del representante legal y/o personas de contacto, en su caso, incluidos los de salud, serán tratados por **Asociación de Personas con Discapacidad El Saliente-CEE** con la finalidad llevar a cabo la correcta prestación de los servicios solicitados y la gestión administrativa derivada de los mismos, así como la posible comunicación, para su utilización con los fines anteriores, a los organismos de la Administración Pública competente.

PLAZO: Los datos personales proporcionados se conservarán mientras no se solicite su supresión por el interesado, se mantenga la prestación del servicio o durante el plazo que fije la normativa aplicable en la materia.

LEGITIMACION: La legitimación para el tratamiento de datos se basa en la relación establecida entre la Asociación y el interesado.

DESTINATARIOS: Cuando sea necesario se comunicarán los datos a organizaciones o personas directamente relacionadas con el responsable, entidades aseguradoras, Administración Tributaria, Administración Pública con competencia en la materia y entidades bancarias.

DERECHOS: El interesado puede ejercer los derechos de acceso a sus datos personales, rectificación, supresión (derecho al olvido), limitación de tratamiento, oposición, portabilidad, derecho a no ser objeto de decisiones individualizadas, así como la revocación del consentimiento prestado. Para ello podrá dirigir un escrito a **C/ San Rafael 25 -04230 Huércal de Almería (Almería)** o también puede enviar un email a informatica@elsaliente.com, adjuntando documento que acredite su identidad.

RECLAMACION: Además, el interesado puede dirigirse a la Autoridad de Control en materia de Protección de Datos competente para obtener información adicional o presentar una reclamación.

CONSENTIMIENTO

[] Para el envío de información sobre actividades y/o servicios prestados por la entidad (Si acepta el tratamiento de sus datos con esta finalidad marque esta casilla)

[] Para el tratamiento de sus datos de salud con las finalidades definidas anteriormente. (Si acepta el tratamiento de sus datos con esta finalidad marque esta casilla). En caso de **NO** marcar dicha casilla, no se podrá prestar el servicio.

[] Para el uso de su imagen con la finalidad de realizar actividades, incluyendo vídeos, fotografías y cualquier soporte de divulgación, así como permitir la reproducción en memorias anuales de la entidad, sólo para uso interno. (Si acepta el tratamiento de sus datos con esta finalidad marque esta casilla)

[] Para el uso de su imagen con la finalidad de divulgar y difundir en distintos medios de comunicación, redes sociales, internet, televisión y otros soportes las actividades de la entidad. (Si acepta el tratamiento de sus datos con esta finalidad marque esta casilla)

USUARIO: _____

Nombre y apellidos (Padre, Madre o Tutor legal sólo en el caso de que el usuario sea menor de 14 años o Representante Legal, en su caso):

DNI: _____

Fecha: _____

Firma:

Firma Asociación:

GARCIA FERNANDEZ
MATIAS - 23226971F

Firmado digitalmente por GARCIA FERNANDEZ MATIAS - 23226971F
Número de reconocimiento (DNI): c-ES, serialNumber=23226971F,
sn=GARCIA FERNANDEZ, givenName=MATIAS, cn=GARCIA
FERNANDEZ MATIAS - 23226971F
Fecha: 2018.03.17 21:25:25 +0100'