

FICHA SOCIO/A COLABORADOR/A

Nome e apelidos:

DNI:

Enderezo:

Teléfono de contacto:

Correo electrónico:

APORTACIÓN ECONÓMICA ANUAL

25€ 50€ 100€ Outra cantidade:

APORTACIÓN ECONÓMICA MENSUAL

10€ 20€ Outra cantidade:

Recoméndase facer domiciliación bancaria.

Poderáse modificar ou cancelar comunicándoo no teléfono 988248769 ou correo discafis@cogami.es.

DATOS ENTIDADE BANCARIA:

Titular:

DNI do/a titular:

Entidade bancaria:

Nº conta bancaria (IBAN):

Autorización:

Como titular da conta bancaria arriba indicada e ata nova orde, autorizo ao cargo correspondente da cuota arriba indicada por parte da entidade, en concepto de aportación de socio/a colaborador/a.

En a de de 201....

Asinado:

Como entidade declarada de Utilidade Pública lles faremos chegar ao seu domicilio certificado correspondente para obter os beneficios fiscais por doazón na súa declaración da renda.

¹ De acordo co establecido pola Lei Orgánica 15/1999, do 13 de decembro, e o Real Decreto 1720/2007, do 21 de decembro, de Protección de Datos de Carácter Persoal, dou o meu consentimento expreso/consinto que os meus datos sexan incluídos nun ficheiro do que é titular a Federación de Asociacións de Persoas con Discapacidade de Ourense coa finalidade de que esta poida desenvolver as súas actividades/prestar os seus servizos e declaro estar informado/a sobre os dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición que poderei exercer no domicilio social da mesma situado en Rúa Recaredo Paz nº 1, 32005 – Ourense.

FICHA SOCIO/A COLABORADOR/A

Nombre y apellidos:

DNI:

Dirección:

Teléfono de contacto:

Correo electrónico:

APORTACIÓN ECONÓMICA ANUAL

25€ 50€ 100€ Otra cantidad:

APORTACIÓN ECONÓMICA MENSUAL

10€ 20€ Otra cantidad:

Se recomienda hacer domiciliación bancaria.

Se podrá modificar o cancelar comunicandolo en el teléfono 988248769 o correo discafis@cogami.es

DATOS ENTIDAD BANCARIA:

Titular:

DNI del titular:

Entidad bancaria:

Nº cuenta bancaria:

Autorización:

Como titular de la cuenta bancaria arriba indicada y hasta nueva orden, autorizo al cargo correspondiente de la cuota arriba indicada por parte de la entidad, en concepto de aportación de socio/a colaborador/a.

En ade de 201....

Firmado:

Como entidad declarada de Utilidad Pública les haremos llegar a su domicilio certificado correspondiente para obtener los beneficios fiscales por donación en su declaración de la renta.

¹ De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, y el Real Decreto 1720/2007, del 21 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, doy mi consentimiento expreso/consiento que mis datos sean incluidos en un fichero del que es titular la Federación de Asociaciones de Personas con Discapacidad de Ourense con la finalidad de que ésta pueda desenvolver sus actividades/prestar sus servicios y declaro estar informado/a sobre los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podré ejercer en el domicilio social de la misma situado en Calle Recaredo Paz nº 1, 32005 – Ourense.