SOCIO Nº .....

APORTACIONES

Datos Personales

Primer Apellido .....

Segundo Apellido .....

Nombre ..... N.I.F. _____

Dirección .....

Población ..... Provincia: _____ Código Postal: .....

Teléfono: ..... E- mail: .....

Aportación económica para el mantenimiento y mejora de la Calidad de los Servicios

Deseo colaborar con una aportación de: ..... €

Deseo pagarla con una periodicidad de: ☐ Mensual ☐ Semestral ☐ Anual

La APMIB esta inscrita en el Registro Nacional de Asociaciones con el nº 19.548 y se encuentra incluida como entidad sin animo de lucro. Por lo tanto, podrá acogerse a los beneficios fiscales que correspondan.

SI DESEA HACER UNA DONACIÓN PUNTUAL, haga el ingreso en la cuenta de Caja Madrid 2038 1980 11 6000048580

Si desea más información, llame al teléfono 91 8452882

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, *la A.P.M.IB.*. le informa que los datos de carácter personal que nos ha proporcionado, tienen como finalidad la prestación de los servicios que usted nos demande, así como el envío de información publicitaria de carácter comercial que entendamos, puedan resultar de su interés. Dichos datos están recogidos en ficheros automatizados, cuyo responsable es *la A.P.M.IB.* Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de sus datos personales, mediante comunicación enviada por correo certificado a la dirección postal de la *A.P.M.IB., C/Trespaderne 9. 28042 Madrid*, acompañando en todo caso copia del DNI.

✂_____

Domiciliación Bancaria

Muy Sres. Míos:
Ruego que con cargo a mi cuenta, atiendan el pago de los recibos que les serán presentados a mi nombre, extendidos por la Asociación de Empleados de Iberia, Padres de Minusválidos (A.P.M.IB.).

Titular de la cuenta..... NIF.....

Entidad ☐☐☐☐ Oficina ☐☐☐☐ D.C. ☐☐ Nº de cuenta ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Fecha:.....

Firma: