

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE SOCIOS

<hr/>		
Nombre:	Apellidos:	
<hr/>		
<hr/>		
Dirección:	Código Postal:	
<hr/>		
<hr/>		
Municipio:	Provincia:	
<hr/>		
<hr/>		
Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	DNI:	Fecha de Nacimiento:
<hr/>		
<hr/>		
Email:	Teléfono(s):	
<hr/>		
<hr/>		
Banco:	Número de cuenta:	
<hr/>		
<hr/>		
Firma:	Fecha:	
<hr/>		

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos personales serán incorporados a nuestros ficheros titularidad de la Asociación Española de Pacientes de Psoriasis y Artritis Psoriásica Psoriasis en Red de acuerdo con lo dispuesto en la citada Ley Orgánica, y conforme al procedimiento reglamentariamente establecido. Usted puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de datos mediante email a hola@psoriasisenred.org