



DOCUMENTO DE INSCRIPCIÓN DE SOCIO

(por favor, rellene este documento, imprímalo y una vez firmado envíelo por correo electrónico a info@fundacionodontologiasocial.org)

DATOS PERSONALES

Nombre _____ DNI _____
Apellidos _____
Dirección _____
País _____ Localidad _____
CP _____ Provincia _____
Fecha de nacimiento _____ (dd/mm/aaaa) Teléfono _____
Profesión _____ e-mail _____

CUOTAS DE SOCIO

30€/Trimestre	60€/Trimestre	90€/Trimestre	120€/Trimestre
90€/año	150€/año	300€/año	600€/año

Deseo hacer una donación de _____ €/Trimestre _____ €/año

FORMA DE PAGO

Domiciliación bancaria

Entidad _____ Oficina _____ DC ____ N° de Cuenta _____

Ruego sean hechos efectivos los recibos que le serán presentados por Fundación Odontología Social Luis Seiquer

Firma _____

TRANSEFERENCIAS BANCARIAS

Cuenta a nombre de Fundación Odontología Social Luis Seiquer

N° de la cuenta: 0065 0169 63 0001033518

www.fundacionodontologiasocial.org

En virtud de la Ley Orgánica de 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal, se le informa de que sus datos quedarán registrados en los ficheros propiedad de Fundación Odontología Social Luis Seiquer, con el fin de gestionar su relación como socio, así como para mantenerle informado sobre campañas, nuevas colaboraciones y demás actividades relacionadas con la actividad de la Fundación. Vd. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito a la dirección de la Fundación.