

SOLICITUD DE SOCIO

Tipo Socio	Afectado		N.º Socio		(A rellenar por Retinacat)
	Colaborador		Relación con el socio		
	Tipo de enfermedad				
	Revista visión (versión)	Sonora		Papel	

Fechas	Alta		Baja	
---------------	-------------	--	-------------	--

Datos personales

Apellidos		Nombre	
DNI		Fecha Nacimiento	
Dirección		CP	
Población		Provincia	
Teléfono		Móvil	
Correo electrónico			
Antecedentes familiares respecto a la enfermedad			
Formación			
Trabaja	Si	No	Profesión
Afiliado a la ONCE		Trabaja en la ONCE	
Observaciones			

PROTECCION DE DATOS

De conformidad con los que dispone la legislación vigente sobre Protección de Datos Personales, le informamos que el responsable del tratamiento de sus datos personales es **ASSOCIACIÓ RETINA CATALUNYA** (en adelante **ARC**), calle Sepúlveda, nº 1, 3ª planta (Edificio ONCE) i CIF: G58737768 con la finalidad de poder gestionar su inscripción, poder gestionar las cuestiones propias de la condición de socio i llevar a cabo la domiciliación de su cuota de socio

Autoriza de forma explícita, libre e informada el tratamiento de sus datos, incluidos aquellos datos específicamente protegidos. **ARC** se compromete a tratar estos datos con la máxima confidencialidad.

La base legal que nos legitima para el tratamiento de sus datos es la relación contractual establecida en la presente solicitud. (artículo 6.1.b RGPD) y en el caso de que nos haya prestado su consentimiento, marcando la casilla anterior, para autorizarnos al tratamiento de sus datos especialmente protegidos. (artículo 9.2.a RGPD).

Sus datos personales serán conservados el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la cual fueron recogidas, y después sólo serán conservadas los necesarios para hacer frente a reclamaciones. Además, no serán cedidos a terceros excepto obligación legal.

Usted podrá en todo momento ejercer su derecho de acceso, rectificación, suspensión, portabilidad, limitación del tratamiento, y de oposición al tratamiento, dirigiéndose a la dirección de correo electrónico, dades@retinacat.org

FIRMA

Referencia de la orden de domiciliación (NIF) (Mandate reference)	
Código Interno y Nombre del Socio (A rellenar por Retinacat) (Code and Name of the Partner)	

A rellenar por el Creditor (To be complemented by the creditor)

Nombre del Creditor (Creditor's Name)	Associació Retina Catalunya						
Identificación Creditor y NIF (Creditor's Identifier)	ES10002G58737768			G58737768			
Nº de cuenta IBAN (Account Number of IBAN)	ES44	2100	0923	7802	0005	1016	
Dirección (Address)	C/ Sepúlveda nº 1, 3ª Planta			Código Postal (Postal Code)		08015	
Población (City)	Barcelona		Provincia (Town)	Barcelona			
País (State)	España						

Mediante la firma de este formulario de orden de domiciliación, el deudor autoriza a **ARC (A)** al acreedor a enviar órdenes a vuestro entidad financiera por debitar cargos a vuestra cuenta y (B) a su entidad financiera por debitar los importes correspondientes a vuestra cuenta de acuerdo con las instrucciones del acreedor. Entre otros, tenéis derecho a ser reembolsado por vuestra entidad financiera de acuerdo con los términos y condiciones del contrato celebrado con vuestra entidad financiera. En todo caso este reembolso tendrá que ser instado por parte vuestro en el plazo máximo de 8 semanas a partir de la fecha en que se va a debitar en su cuenta. Información adicional sobre sus derechos relativos a esta orden se encuentra a su disposición en su entidad.

By signing this mandate form, you authorize ARC (A) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor. By signing this Mandate, the Member authorizes ARC (A) to send instructions to the bank to debit the account partner and the partner (B) further authorizes the entity to make debits on your account as ARC instructions. A refund must be claimed within eight weeks starting from the date on which your account was debited. Your Rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.

A rellenar por el socio (Titular de la cuenta de cargo) (To be complemented by the Partner (Account holder))

Identificación Titular NIF (Holder identifier)							
Dirección del Titular (Address of the holder)							
Código Postal (Postal Code)							
Provincia (Town)		Población (City)					
Nombre del Banco (Bank Name)				País (State)			
Swift-BIC del Banco Deudor (Swift-BIC of the Debtor Bank)							

Número de cuenta IBAN (IBAN account number)						
Tipo de pago (Type of payment)	Recurrente (Recurrent payment)		O único (Or one payment)			

Fecha y Localidad,
(Date and locate are you signing)

Barcelona, a

Firma del socio
(Signature of the Partner)