

## ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMEDAD FALCIFORME (ASAFE)

Calle Nuestra Señora de Guadalupe 17, 1ªA 28028 Madrid

Teléfono: pendiente

(Horario de atención: lunes a viernes de 17:00 a 19:00)

[asafefalciforme.info@gmail.com](mailto:asafefalciforme.info@gmail.com).

### Formulario de Inscripción para Socios

-Nombre

-Apellidos

-Fecha de nacimiento

-Sexo (\*)          Mujer           Hombre

-Dirección

-Ciudad y código postal

-País

-Teléfono móvil (\*)           Teléfono particular (\*)

-Correo Electrónico

-Sugerencias:

(\*) Opcional

En virtud de lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, doy mi autorización para que estos datos formen parte de los ficheros de la Asociación Española de Enfermedad Falciforme (ASAFE) con NIF Provisional G88628862, cuyos Acta Fundacional y Estatutos se presentaron el 13/03/2020 en el Registro General del Ministerio del Interior del Gobierno de España con número de Registro O00000212e2000015089, pendiente de resolución. ASAFE le informa de que su dirección de correo electrónico y el resto de datos personales serán usados para el envío de comunicaciones sobre nuestros servicios y actividades y para gestionar la colaboración entre los socios de ASAFE, y se conservarán mientras exista un interés mutuo para ello. El tratamiento de datos será el adecuado en el ámbito de sus actividades legítimas y con las debidas garantías, y sus datos personales no serán comunicados a terceros salvo imperativo legal (artículo 9d del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016).

De acuerdo a lo que establece la legislación de protección de datos, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición, cancelación y limitación de los datos facilitados, así como solicitar una copia o que se trasladen a un tercero (portabilidad), para lo cual deberá dirigirse a la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMEDAD FALCIFORME (ASAFE) por correo postal o electrónico (ver cabecera del

presente documento). Tiene derecho a dirigirse a la Agencia Española de Protección de Datos si no quedara satisfecho.

El abajo firmante, solicita ser admitido/a como asociado/a de la asociación ASAFE “Asociación Española de Enfermedad Falciforme”

En [redacted] a [redacted] de [redacted] de [redacted]

Firma: