



Formulario ALTA Miembro Colaborador

DATOS PERSONALES		N.º SOCIO/A (cumplimentar ASZA):	
NOMBRE:	APELLIDOS:		
DNI/NIE:	NACIONALIDAD:		
FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____	LUGAR DE NACIMIENTO:	PROVINCIA/ PAIS DE NACIMIENTO:	
DIRECCIÓN:		C.P.:	
POBLACION:	PROVINCIA:		
MOVIL:	TELEFONO:		
E-MAIL:			

ESTADO CIVIL			
SOLTERO <input type="checkbox"/>	CASADO/ PAREJA <input type="checkbox"/> Con Persona Sorda SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nº HIJOS SORDOS: Nº HIJOS OYENTES:	PERSONAS SORDAS EN LA FAMILIA Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/>

OCUPACION			
ESTUDIANTE <input type="checkbox"/>	DESEMPLEADO <input type="checkbox"/>	PENSIONISTA <input type="checkbox"/> ¿Cuáles?	TRABAJO <input type="checkbox"/> ¿Puesto?

DIFUSION ACTIVIDADES Y ASAMBLEAS		
E-MAIL <input type="checkbox"/>	WHATSAPP <input type="checkbox"/>	E-MAIL Y WHATSAPP <input type="checkbox"/>

Zaragoza

C/ San Voto, nº 9, dpdo. Entlo.
50003 Zaragoza

T: 976 200 362 | F: 976 201 425

M: 607 609 871

E: asza@asza.net

Huesca

C/ Ntra. Sra. de Cillas, nº 3, 3º A.
22002 Huesca

T: 974 221 636 | F: 974 221 679

M: 623 397 445

E: gest.huesca@asza.net



CUOTA ANUAL (a elegir una opción)		
<input type="checkbox"/> Miembro colaborador No residente	<input type="checkbox"/> 51,50 €	<input type="checkbox"/> DESEO APORTAR MAS (.....€)
<input type="checkbox"/> Miembro colaborador aspirante 0-13 años	<input type="checkbox"/> gratis	<input type="checkbox"/> DESEO APORTAR MAS (.....€)
<input type="checkbox"/> Miembro colaborador aspirante 14-17 años	<input type="checkbox"/> 10,30 €	<input type="checkbox"/> DESEO APORTAR MAS (.....€)
<input type="checkbox"/> Miembro colaborador adulto	<input type="checkbox"/> 41,20 €	<input type="checkbox"/> DESEO APORTAR MAS (.....€)
<input type="checkbox"/> Familias	<input type="checkbox"/> 103,00 €	<input type="checkbox"/> DESEO APORTAR MAS (.....€)

DATOS DE LA CUENTA BANCARIA		
TITULAR DE LA CUENTA		DNI/ NIE:
BANCO/ CAJA		
IBAN: ES ___ / ___ / ___ / ___ / _____		

Documentación necesaria:

- Fotocopia DNI/ NIE
- Una fotografía
- Certificado de empadronamiento (*en caso de no ser residente*)
- Certificado de discapacidad (*en caso de no ser residente*)

Fecha:

Firma:

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento Europeo de Protección de Datos, Reglamento UE 2016/679, AGRUPACIÓN DE PERSONAS SORDAS DE ZARAGOZA Y ARAGÓN le informa que sus datos de carácter personal quedarán incorporados en nuestros ficheros, titularidad de AGRUPACION DE PERSONAS SORDAS DE ZARAGOZA Y ARAGÓN y que serán tratados por ésta de acuerdo con la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal, con la finalidad de la tramitación de las bajas como socios y la gestión de las relaciones existentes. Los datos serán conservados mientras dure la relación que motivó su recogida, o durante los plazos legales para mantener la información. Estos datos no se comunicarán ni cederán a terceros. Para ejercitar los Derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, supresión, portabilidad y limitación del tratamiento de sus datos, deberán dirigirse a AGRUPACIÓN DE PERSONAS SORDAS DE ZARAGOZA Y ARAGÓN mediante correo electrónico a la dirección rgpd@asza.net

Zaragoza

C/ San Voto, nº 9, dpdo. Entlo.
50003 Zaragoza

T: 976 200 362 | F: 976 201 425

M: 607 609 871

E: asza@asza.net

Huesca

C/ Ntra. Sra. de Cillas, nº 3, 3º A.
22002 Huesca

T: 974 221 636 | F: 974 221 679

M: 623 397 445

E: gest.huesca@asza.net