



Asociación. Enfermos del Corazón Carlos Haya



Hospital Regional Universitario de Málaga

**Asociación Enfermos Corazón Hospital Regional Universitario de Málaga
PROPUESTA DE ASOCIADO**

Nombre: _____ Apellidos: _____

Fecha Nacimiento: _____ DNI: _____

Teléfono: _____

Email: _____

Dirección: _____

Localidad: _____ Código Postal: _____

(*) CUENTA CORRIENTE PARA DOMICILIACIÓN DE LA CUOTA ANUAL DE 10 €

Fdo.

Nombre, apellidos y DNI. CIF

IMPORTANTE:

**REMITIR ESTE DOCUMENTO, CUMPLIMENTADO Y FIRMADO, a CHAEC
Email: chaec.hrumalaga@gmail.com**

(*) Con la firma y número de la cuenta corriente bancaria, se autoriza a la Asociación de Pacientes del Corazón del Hospital Regional de Málaga (CHAEC) a domiciliar los pagos de la cuota especial mensual correspondientes al asociado.

Leer y firmar (AL DORDO) aceptación RGPD Reglamento General Protección de datos.

Remitir estos documentos a Email: chaec.hrumalaga@gmail.com



Asociación. Enfermos del Corazón Carlos Haya



Hospital Regional Universitario de Málaga

Asociación de Enfermos del Corazón del Hospital Regional Universitario de Málaga

ACEPTACIÓN DE TOMA DE DATOS PERSONALES

Fecha: _____ de _____ de _____

Con acuerdo con lo dispuesto en el nuevo Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) La Asociación pone en su conocimiento la incorporación de los datos personales facilitados a un archivo de datos registrados en al Agencia de Protección de Datos.

Los datos personales recogidos son necesarios para prestarle nuestros servicios y tendrán un uso exclusivo dentro de la organización de la Asociación,

Los datos no se cederán a terceros salvo que exista una obligación legal.

Ud. como titular de estos datos tiene los siguientes derechos:

- Derecho a recibir información cuando se recaben sus datos (Art 7 y 8)
- Derecho o consultar: puede consultar los datos que nos ha facilitado (Art 15)
- Derecho a rectificación: puede actualizar y modificar sus datos (Art. 15 y 16)
- Derecho a cancelación y olvido: eliminar sus datos de nuestros ficheros (Art. 17)

Para ejercer cualquiera de estos derechos debe realizar la petición a nuestra Asociación por alguno de los métodos de comunicación que le facilitamos y aparece en el documento.

Marque con esta casilla si quiere recibir información de la Asociación.

Considero expresamente la grabación de datos, así como el tratamiento de estos.

Fdo.

Nombre, apellidos y DNI.