

BOLETIN DE ASOCIADO

(Se ruega cumplimentar con letra mayúscula)

D/D^a

Domicilio

Nº

Piso

D.P.

Población

Provincia

Teléfono

Fax

D.N.I.

E-Mail

Datos bancarios:

Titular de la cuenta

Autorizo al Banco

En la Calle

Población

Para que en lo sucesivo pague con cargo a mi cuenta los recibos por ASUSALUD.

Código

Agencia

D.C.

Nº C/C

Indicar el importe:

Firma:

Se asocia a ASUSALUD (Asociación Nacional de Consumidores y Usuarios de Servicios de Salud) en la modalidad:

Cuota Anual: 36,06 Euros

"Conforme a lo establecido en la Ley 15/99 de 13 de diciembre, de Protección de Datos Personales, sus datos de inscripción o de asociado serán incorporados a un fichero de datos personales y usted podrá ejercitar sus derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación, mediante carta dirigida a ASUSALUD o bien por correo electrónico. ASUSALUD garantiza la confidencialidad de los Datos Personales y asegura haber adoptado las medidas oportunas de seguridad en sus instalaciones, sistemas y ficheros".