SOLICITUD DE AFILIACIÓN COMO MILITANTE

Imprimir formulario

Nº de Afiliado: _____

Datos personales

Apellidos: _____ Nombre: _____

Dirección: _____

Localidad: _____ CP: _____

Teléfono fijo: _____ Teléfono móvil: _____

Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

DNI: _____ Sexo: ◯ Mujer ◯ Hombre

Profesión: _____

Datos bancarios

Nombre de la entidad: _____

Titular de la cuenta: _____

Datos de la cuenta: _____

Certifico que no estoy afiliado/a a ninguna agrupación o partido político de ámbito local o nacional.

Firma del interesado

_____ , a ____ de _____ de ____

ICxP, de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de datos de carácter personal, informa que sus datos un fichero del que es responsable ICxP, que los utilizará para tramitar su afiliación, permitir el ejercicio de los derechos previstos en los estatutos, y mantenerle informado de sus actividades. Consiente en que sus datos sean tratados de acuerdo a lo establecido en el reglamento de Afiliados a efectos de Militante o Simpatizante y que, en cada de causar baja, ICxP puede conservar sus datos con fines históricos y ejercitar lo s derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a ICxP, www.icxparacuellos.com

---

Sr. Director Banco o Caja de Ahorros:

Sucursal nº: _____ Domicilio sucursal: _____

Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

Muy Sr. Mío:
Le ruego que, hasta nuevo aviso, haga efectivos a ICxP, en concepto de asociación, los recibos anuales que le presente por 30 €, con cargo a mi cuenta corriente / Libreta de ahorro Nº

_____

_____ , a ____ de _____ de ____ Firma:

Nombre y apellidos: _____