

# BUTLLETA D'INSCRIPCIÓ



Associació de Familiars  
de Malalts d'Alzheimer i Altres Demències  
Bages | Berguedà | Moianès | Solsonès

Nom i cognoms

---

NIF

Data de naixement

---

Adreça

---

Localitat

CP

Comarca

---

Mòbil

Telèfon fixe

---

Correu electrònic

---

Sol·licito ser soci de l'Associació de Familiars de malalts d'Alzheimer i altres demències del Bages, Berguedà, Moianès i Solsonès amb una quota de **50 euros/any** (quota mínima)

Sol·licito ser soci de l'Associació de Familiars de malalts d'Alzheimer i altres demències del Bages, Berguedà, Moianès i Solsonès amb una quota de .....euros/any

## DADES BANCÀRIES

Banc

---

Carrer

Núm.

---

Localitat

CP

Comarca

---

IBAN

---

D'acord amb la LOPD 15/1999 les vostres dades s'inclouen al fitxer "socis" propietat de l'AFABBS. Les vostres dades s'usaran només amb finalitats internes, no se'n farà cap ús extern ni es facilitaran a tercers. Se'n garanteix la confidencialitat i seguretat en el tractament. Podeu exercir els vostres drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició contractant amb l'AFABBS per escrit a la nostra adreça postal o per correu electrònic.

AFABBS. C/ Flor de Lis, 33 pral. 08 242 Manresa. info@afabbs.com

Data

Signatura

---