



Datos de la empresa:	
Nombre/ Razón social:	
Domicilio fiscal:	
Código Postal:	Localidad:
Provincia:	Teléfono de contacto:
CIF:	
Correo electrónico:	

Representante legal:	
Nombre y apellidos:	
Dirección:	
Código Postal:	Localidad:
Provincia:	Teléfono de contacto:
D.N.I. :	Fecha de nacimiento:
Correo electrónico:	

Tratamiento de datos de carácter personal
<p>De conformidad con la L.O.P.D. de carácter personal, así como con el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, aplicable en todos los países de la Unión Europea, te informamos que tus datos personales serán incorporados a un fichero de titularidad de AMIFP (Asociación a favor de personas con discapacidad de la Policía Nacional), quien a su vez es el responsable del tratamiento de este fichero.</p> <p>La <b>finalidad del tratamiento</b> de tus datos personales se constituye en:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. La gestión como socio: tramitar el alta como socio, permitir el ejercicio de derechos y obligaciones previstos en los estatutos de la Asociación (AMIFP).</li><li>2. Lista de difusión o distribución: a fin de enviarte comunicaciones con información de la actividad propia de la Asociación. No se efectuará comunicación alguna a otras entidades, salvo aquellas comunicaciones que se producen por obligación legal o necesidad legal. No se producen transferencias a terceros países u organizaciones internacionales.</li><li>3. Para más información sobre nuestra Política de Privacidad puede consultarla en <a href="http://www.amifp.org">www.amifp.org</a></li></ol> <p><b>Derechos del interesado en relación a la protección de sus datos personales:</b></p> <p>Podrá ejercitar su derecho a acceder, rectificar, cancelar y oponerse, frente al Responsable del Fichero en la dirección siguiente: C/ Julián González Segador, 2 28043 Madrid.</p> <p><input type="checkbox"/> Acepto y estoy de acuerdo.</p> <p><input type="checkbox"/> Deseo ser dado de alta y aportar la cantidad de.....€/mes. Mínimo 5 €/mes.</p>

En ..... a .....de..... de 20.....

Firma Representante legal



ASOCIACIÓN A FAVOR  
DE PERSONAS  
CON DISCAPACIDAD DE LA  
POLICÍA NACIONAL

## Impreso de DOMICILIACIÓN DE CUOTA

D./D<sup>a</sup> ....., con DNI.....,y  
domicilio en ....., C.P....., .....de  
.....,

AUTORIZO:

A que la ASOCIACIÓN A FAVOR DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE LA  
POLICIA NACIONAL (Amifp), con domicilio en Madrid: C/ Julián González  
Segador, 2 28043 Madrid., y CIF G-28982239, cargue en mi cuenta número:

ES.....  
..... (indicar los 24 dígitos), la cuota establecida como socio  
colaborador de dicha entidad.

.....a ..... de ..... de 20.....

Fdo.: .....

---

\* Cuota mensual 5,00€/mes. El cobro de las cuotas se realiza de manera semestral.

AMIFP

Complejo Policial de Canillas. Edificio División Económica y Técnica, Planta Baja  
C/ Julián González Segador 2. 28043 Madrid