

Solicitud Socio/a Colaborador/a Ajeno/a a la Policía Nacional



ASOCIACIÓN A FAVOR
DE PERSONAS
CON DISCAPACIDAD DE LA
POLICÍA NACIONAL

Datos Personales	
Nombre y apellidos:	
Dirección:	
Código Postal:	Localidad:
Provincia:	Teléfono de contacto:
D.N.I.	
Correo electrónico:	

Datos beneficiario/a con discapacidad			
Nombre y apellidos:			
Dirección:			
Código Postal:		Localidad:	
Provincia:		Teléfono de contacto:	
D.N.I. :		Fecha de nacimiento:	
Correo electrónico:			
Grado de discapacidad:	%	Tipo:	Física ☐ Sensorial ☐ Psíquica-intelectual ☐ Psíquica-mental ☐
Diagnóstico:			
Necesidades de apoyo:			

Tratamiento de datos de carácter personal
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. La finalidad del tratamiento de tus datos personales se constituye en: - La gestión como socio: tramitar el alta como socio, permitir el ejercicio de derechos y obligaciones previstos en los estatutos de la Asociación (AMIFP). - Lista de difusión o distribución: a fin de enviarle 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. - Para más información sobre nuestra Política de Privacidad puede consultarla en www.amifp.org Derechos del interesado en relación a la protección de sus datos personales: 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. ☐ Acepto y estoy de acuerdo. ☐ Deseo ser dado de alta y aportar la cantidad de.....€/mes. Mínimo 8 €/mes.

En a de de 20

Firma Socio/a Colaborador/a:

Firma Beneficiario/a con discapacidad:

**Impreso de domiciliación de cuota para Socios/as
Colaboradores/as Ajenos/as a la Policía Nacional**

D./D^a, con DNI.....,y domicilio en,
C.P.....,de,

A U T O R I Z O:

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 8,00€/mes. El cobro de las cuotas se realiza de manera semestral.**