



ASOCIACION para la ayuda a personas con ALBINISMO

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Nº Socio

Datos del Socio (*)	1er Apellido		2º Apellido		Nombre			DNI.	F. Nacimiento
	Calle, Avenida o Plaza			Nº	PTA	Cód. Postal	Población	Provincia	
	Correo Electrónico (E-mail)					Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	
	Profesión							Sexo (Hombre/Mujer)	

Relación del socio con el albinismo		Especificar
Persona con Albinismo		
Familiar (Especificar parentesco: padre, madre, hermano, hijo, tío, abuelo,...)		
Profesional (Especificar Especialidad: Psicología/Oftalmología/Dermatología/Pediatría/...)		
Otra (Especificar)		

Datos de la persona con ALBINISMO (*) (Rellenar sólo si son distintos al del asociado)							
1er Apellido		2º Apellido		Nombre		DNI.	F. Nacimiento
Calle, Avenida o Plaza			Nº	PTA	Cód. Postal	Población	Provincia
Correo Electrónico (E-mail)				Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	
Profesión						Sexo (Hombre/Mujer)	

Datos del ALBINISMO (Indicar los datos que se conozcan)	
Tipo de albinismo (Especificar tipo de albinismo: OCA1A, OCA2, OCA1B, OA1... o información relativa a Tirosinasa positivo/negativo)	
<input type="checkbox"/> Existen antecedentes familiares que tengan albinismo (Especificar parentesco con la persona con albinismo: padre, madre, hermano, tío, abuelo...)	

Datos Domiciliación Bancaria										
Entidad Bancaria				Entidad	Sucursal	D.C	Nº de Cuenta			

Deseo ser socio de ALBA, ASOCIACION PARA LA AYUDA A PERSONAS CON ALBINISMO Fecha: Firmado por: (*) He leído el aviso y lo acepto	(*) AVISO. ALBA, ASOCIACION PARA LA AYUDA A PERSONAS CON ALBINISMO le informa que sus datos suministrados serán incorporados a un fichero automatizado titularidad de ALBA, ASOCIACION PARA LA AYUDA A PERSONAS CON ALBINISMO y tendrá carácter confidencial. Ese fichero se utilizará para realizar una eficaz gestión de su solicitud y enviarle información sobre actividades y servicios que ofrece la asociación, así como con fines estadísticos. La persona, cuyos datos personales aparecen en este documento autoriza a ALBA a utilizarlos para dichos fines. Los datos personales no serán cedidos a ningún tipo de organización, ni pública ni privada, quedando bajo la plena responsabilidad de ALBA. Los afectados podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en: ALBA, ASOCIACION PARA LA AYUDA A PERSONAS CON ALBINISMO, Calle Eduardo Boscá nº 1 pta 13, 46023 VALENCIA
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sr. Director, ruego que a la recepción de este aviso y hasta nueva orden, se sirva cargar a mi cuenta corriente/de ahorro los recibos que le sean presentados al cobro por ALBA (ASOCIACION PARA LA AYUDA A PERSONAS CON ALBINISMO)

Titular de la Cuenta							NIF del titular			
Entidad Bancaria				Entidad	Sucursal	D.C	Nº de Cuenta			

En, a de de 200..

Firmado:
(Titular de la cuenta o persona autorizada)



ASOCIACION para la ayuda a personas con **ALBINISMO**

INSTRUCCIONES PARA LA INSCRIPCIÓN

INSTRUCCIONES PARA FORMALIZAR LA INSCRIPCIÓN

1. Rellenar el presente Formulario y firmarlo.

2. Hacer efectivo el importe de la cuota (La cuota anual de asociado se ha establecido en **30 €**). El importe de la cuota anual se puede hacer efectivo de las siguientes maneras:

a. Mediante **DOMICILIACION BANCARIA**. Para utilizar este método bastara con que rellene el apartado correspondiente del formulario y firme la autorización. (**Rogamos se elija este método.**)

b. Mediante ingreso en cuenta o transferencia bancaria a la siguiente cuenta corriente :

Entidad: **BANCAJA**
Sucursal: Valencia. Camí Transits
Avenida de Campanar Nº 118 46.015 Valencia

C/c: 2077 / 0077 / 08 / 1101386818

3. Remitir conjuntamente el **Formulario de Inscripción** debidamente cumplimentado y firmado y en su caso el **original del resguardo** del ingreso en cuenta o de la transferencia bancaria a la siguiente dirección postal:

ALBA, ASOCIACION PARA LA AYUDA A PERSONAS CON ALBINISMO Calle Eduardo Boscá nº 1 pta 13 46023 VALENCIA

Una vez recibidos estos documentos quedará formalizada la inscripción en la Asociación.

Es importante que se conserve copia del Formulario y en su caso del resguardo de ingreso o de transferencia bancaria enviado.