

FORMULARIO DE AFILIACIÓN

NOMBRE:			
APELLIDOS:			
D.N.I.:			
CORREO-E:		TELEFONO:	
DIRECCIÓN POSTAL:			
POBLACIÓN:		PROVINCIA:	
CÓDIGO POSTAL:		FECHA DE NACIMIENTO:	

SEÑALE CON UNA X LA CUOTA CON LA QUE DESEA CONTRIBUIR.

Cuota Ordinaria (9 € al mes). En caso de pago trimestral (25 € al trimestre).

Cuota Reducida (3 € al mes en una cuota semestral de 18 € cada 6 meses).

* La cuota reducida para jubilados, estudiantes, desempleados y personas con discapacidad superior al 33%, y otras circunstancias especiales.

* La primera cuota o cuota de alta en todos los casos será una cuota de membresía de 15€ (incluye: una carpeta, una edición de libro de bolsillo de los estatutos, un bolígrafo y una tarjeta plastificada tipo tarjeta de crédito con los datos del afiliado y su número de membresía).

CUOTAS CON APORTACION ESPECIAL A LAS DISTINTAS JUNTAS DIRECTIVAS (SEÑALE CON UNA X LA CUOTA CON LA QUE DESEA CONTRIBUIR).

Cuota voluntaria de € al mes a la Junta Directiva Nacional.

Cuota voluntaria de € al mes a la Junta Directiva Regional.

Cuota voluntaria de € al mes a la Junta Directiva Provincial.

Cuota voluntaria de € al mes a la Junta Directiva Local.

DOMICILIACIÓN BANCARIA (número de cuenta corriente)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Autorizo para que, con cargo a la cuenta corriente facilitada en este formulario y hasta nuevo aviso, se sirvan tramitar esta domiciliación bancaria para que el partido político ESPAÑA SUMA proceda a cobro de los recibos de afiliación en las cantidades arriba indicadas.

Fecha de solicitud

Firma del interesado

En a de de 20

- Enviar documento a afiliados@espanasuma.es

Responsable tratamiento ESPAÑA SUMA con domicilio en la calle C/ Edgar Neville nº6, 28020 Madrid. Correo electrónico dpd@espanasuma.es

En nombre de ESPAÑA SUMA tratamos la información que nos facilite para gestionar su AFILIACIÓN. Los datos proporcionados se conservarán durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones Legales. Los datos no se cederán a terceros salvo en el caso de obligación legal.

Usted tiene derecho a obtener confirmación sobre si ESPAÑA SUMA estamos tratando sus datos personales por tanto tiene derecho a acceder a sus datos personales, rectificar los datos inexactos o solicitar su supresión cuando los datos ya no sean necesarios, dirigiéndose por correo postal o de manera electrónica a las direcciones de cabecera acreditándose por medio de copia de su DNI.

Asimismo solicito su autorización para ofrecerle información del partido ESPAÑA SUMA e informarle como subscriptor y mantenerle en todo momento informado de nuestras noticias, agenda o propuestas por correo electrónico, cumpliendo todas las obligaciones en protección de datos que han sido enumeradas.