



**Asociación Andaluza de Pacientes con Síndrome de Tourette y Trastornos Asociados (A.S.T.T.A)**

C/ Alfonso X, 27, 41110 Bollullos de la Mitación (Sevilla) Teléfono: 627573706  
Web: [www.tourette.es](http://www.tourette.es)  
Mail: [tourette@tourette.com](mailto:tourette@tourette.com)  
NIF G14566988

**BOLETIN DE INSCRIPCIÓN DEL ASOCIADO/A (mayor de edad)**

(por favor rellenar con mayúscula)

Apellidos y nombre \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

CP \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Teléfonos \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Quiero ser socio/a de ASTTA con una cuota mínima de 36 euros al semestre a:

DATOS BANCARIOS ASTTA				
IBAN	ENTIDAD	OFICINA	D. C.	CUENTA
ES42	2100	2631	83	0210019457

Ruego carguen en mi cuenta, hasta nuevo aviso, los recibos que serán presentados por ASTTA, en concepto de cuota, en:

DATOS BANCARIOS DEL SOCIO/A				
IBAN	ENTIDAD	OFICINA	D. C.	CUENTA

Apellidos y nombre del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_

DNI del titular de la cuenta \_\_\_\_\_

Firma del titular: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

¿Eres paciente?:

- 1) SI: Nombre \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Situación académica o laboral \_\_\_\_\_ Tengo certificado de discapacidad: SI \_\_\_ NO \_\_\_ Necesito información \_\_\_\_\_
- 2) NO: Familiar: \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_
- 3) Edad y sexo de la persona afectada por Síndrome de Tourette de su familia: \_\_\_\_\_
- 4) ¿Deseas colaborar con la Asociación? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ A VECES \_\_\_\_\_  
Otros datos que desees aportar: \_\_\_\_\_



Asociación Andaluza  
de Pacientes con Síndrome de Tourette  
y Trastornos Asociados (A.S.T.T.A)

## Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA SEPA Direct Debit Mandate

A cumplimentar por el acreedor  
To be completed by the creditor

**Referencia de la orden de domiciliación:** CUOTA SOCIO

*Mandate reference*

**Identificador del acreedor:** \_\_\_\_\_

*Creditor Identifier*

**Nombre del acreedor / Creditor's name**

ASTTA

**Dirección / Address**

C/ ALFONSO X, 27

**Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town**

41110 - BOLLULOS DE LA MITACIÓN

(SEVILLA)

**País / Country**

ESPAÑA

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

*By signing this mandate form, you authorise (A) the Creditor to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the Creditor. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within eight weeks starting from the date on which your account was debited. Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.*

A cumplimentar por el deudor  
To be completed by the debtor

**Nombre del deudor/es / Debtor's name**

*(titular/es de la cuenta de cargo)*

**Dirección del deudor / Address of the debtor**

**Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town**

**País del deudor / Country of the debtor**

**Swift BIC / Swift BIC (puede contener 8 u 11 posiciones) / Swift BIC (up to 8 or 11 characters)**

**Número de cuenta - IBAN / Account number - IBAN**

En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando siempre por ES  
*Spanish IBAN of 24 positions always starting ES*

**Tipo de pago:**

*Type of payment*

**Pago recurrente**  
*Recurrent payment*

**O**  
*or*

**Pago único**  
*One-off payment*

**Fecha - Localidad:** \_\_\_\_\_

*Date - location in which you are signing*

**Firma del deudor:** \_\_\_\_\_

*Signature of the debtor*

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.  
UNA VEZ FIRMADA EST A ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA .  
*ALL GAPS ARE MANDATORY. ONCE THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED MUST BE SENT TO CREDITOR FOR STORAGE.*



**INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO EN LA LEY ORGÁNICA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL Y EL REGLAMENTO EUROPEO DE PROTECCIÓN DE DATOS.**- En

cumplimiento de lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (en adelante, LOPD) y en el Reglamento 2016/679 General de Protección de Datos de la Unión Europea (RGPD), le informamos de modo expreso, preciso e inequívoco que los datos facilitados por usted, así como los que se generen durante su relación con nuestra entidad, serán objeto de tratamiento en los ficheros responsabilidad de Asociación Andaluza de pacientes con Síndrome de Tourette y Trastornos Asociados (ASTTA), con la finalidad del mantenimiento y cumplimiento de la relación entidad-asociado, incluyendo el envío de comunicaciones y circulares de interés para el asociado y encuestas de satisfacción en el marco de la citada relación.

Asimismo, Asociación Andaluza de pacientes con Síndrome de Tourette y Trastornos Asociados (ASTTA) le informa que sus datos serán cedidos en todos aquellos casos en que sea necesario para el desarrollo, cumplimiento y control de la relación entidad-asociado o en los supuestos en que lo autorice una norma con rango de ley.

- El asociado consiente de manera expresa e inequívoca, a través de la marcación de esta casilla, para la cesión de sus datos a Asociación Andaluza de pacientes con Síndrome de Tourette y Trastornos Asociados (ASTTA), y a las entidades colaboradoras a Asociación Andaluza de pacientes con Síndrome de Tourette y Trastornos Asociados (ASTTA, incluidas aquéllas que se encuentren ubicadas en países que no proporcionen un nivel de protección equiparable al que presta la Ley Orgánica 15/1999 y en el Reglamento 2016/679 General de Protección de Datos de la Unión Europea (RGPD) , relacionadas todas ellas con cualquier sector, con la finalidad del mantenimiento y cumplimiento de la relación con las mismas y su gestión, así como con fines comerciales.
- El asociado consiente de manera expresa e inequívoca, a través de la marcación de esta casilla, para el envío de comunicaciones comerciales a través del teléfono, correo postal ordinario, fax, correo electrónico o medios de comunicación electrónica equivalentes.

La negativa al tratamiento o cesión de sus datos llevaría aparejada la imposibilidad del mantenimiento y cumplimiento de la relación con nuestra entidad o prestación de servicios correspondiente.

El asociado garantiza que todos los datos aportados a la entidad son exactos y veraces. No obstante, con la finalidad de dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 4.3 de la LOPD, el asociado se compromete a comunicar a Asociación Andaluza de pacientes con Síndrome de Tourette y Trastornos Asociados (ASTTA) los cambios que se produzcan en sus datos, de forma que respondan con veracidad a su situación actual en todo momento.

En cumplimiento de lo establecido en la LOPD y el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la misma y en el Reglamento 2016/679 General de Protección de Datos de la Unión Europea (RGPD) , el asociado puede ejercitar, en cualquier momento, sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiéndose a: Asociación Andaluza de pacientes con Síndrome de Tourette y Trastornos Asociados (ASTTA), con dirección en C/Alfonso X, 27 41110 Bollullos de la Mitación (Sevilla), adjuntando fotocopia de su DNI o a través del email [tourette@tourette.es](mailto:tourette@tourette.es)

Firma del asociado:

D./Dña. ....

DNI .....