



ASOCIACIÓN ANDALUZA DE PACIENTES CON SÍNDROME DE TOURETTE Y TRASTORNOS ASOCIADOS (A.S.T.T.A.)

C/ Buen Pastor 262, 11100 San Fernando (Cádiz) - NIF G14566988
Teléfono: +34 627 573 706 - Mail: tourette@tourette.es - Web: www.tourette.es

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN (siempre mayor de edad y cumplimentar con mayúsculas)

Nombre y apellido: _____
Domicilio: _____
Localidad: _____ CP: _____
Provincia: _____ DNI: _____
Teléfono: _____ Email: _____
En caso de padre, madre o tutor legal de un menor de edad, indique el nombre del menor: _____

Quiero ser socio 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	210019457

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

DATOS BANCARIOS SOCIO				
IBAN	ENTIDAD	OFICINA	D. C.	CUENTA

Nombre y apellidos del titular de la cuenta: _____
DNI del titular de la cuenta: _____

Firma del titular de la cuenta:



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
Calle Buen Pastor 262

Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town
11100 San Fernando (Cádiz)

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: Pago recurrente Pago único
Type of payment Recurrent payment or 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 ESTA 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.



En aras a dar cumplimiento al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 y siguiendo las Recomendaciones emitidas por la Agencia Española de Protección de Datos (A.E.P.D.),

-Los datos de carácter personal solicitados y facilitados por Usted, son incorporados a un fichero de titularidad privada cuyo responsable y único destinatario es Asociación Andaluza de Pacientes con Síndrome de Tourette y Trastornos Asociados (A.S.T.T.A).

-Solo serán solicitados aquellos datos estrictamente necesarios para prestar adecuadamente el servicio sanitario, pudiendo ser necesario recoger datos de contacto de terceros, tales como representantes legales, tutores, o personas a cargo designadas por los mismos.

-Como profesionales de la sanidad, garantizamos que todos los datos recogidos cuentan con el compromiso de confidencialidad y cumplen con las medidas de seguridad establecidas legalmente. Bajo ningún concepto susodichos datos serán cedidos o tratados por terceras personas -físicas o jurídicas- sin el previo consentimiento del paciente, tutor o representante legal, salvo en aquellos casos en los que fuere imprescindible para la correcta prestación del servicio.

-Una vez finalizada la relación entre la empresa y el paciente, los datos serán archivados y conservados durante un periodo de tiempo mínimo de 5 años desde la última visita, tras lo cual, podrán continuar archivados, o en su defecto, serán devueltos íntegramente al paciente o autorizado legal, o destruidos por procedimientos seguros que garanticen la confidencialidad de la información sensible.

-Los datos facilitados serán incluidos en el tratamiento denominado Pacientes de Asociación Andaluza de Pacientes con Síndrome de Tourette y Trastornos Asociados (A.S.T.T.A), con la finalidad de gestionar el tratamiento médico, emitir facturas, gestiones relacionadas con el paciente, contacto, manifiestos de consentimiento, etc.

-Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación, limitación, oposición y portabilidad, indicándolo por escrito a Asociación Andaluza de Pacientes con Síndrome de Tourette y Trastornos Asociados (A.S.T.T.A), con domicilio en: C/ Buen Pastor 262, 11100 San Fernando (Cádiz).

-Los datos personales facilitados podrán ser cedidos por Asociación Andaluza de Pacientes con Síndrome de Tourette y Trastornos Asociados (A.S.T.T.A) a las entidades que prestan servicios a la misma.

Además de las cláusulas anteriores le solicitamos el consentimiento para:

- ACEPTO que Asociación Andaluza de Pacientes con Síndrome de Tourette y Trastornos Asociados (A.S.T.T.A) me remita comunicaciones informativas a través de e-mail, SMS, o sistemas de mensajería instantánea como Whatsapp, con el objetivo de mantenerme informado/a del desarrollo de las actividades propias del servicio contratado, enviarme recordatorios de mis citas, así como remitirme informes relativos a la prestación asistencial acordada entre ambas partes.
- ACEPTO Y SOLICITO EXPRESAMENTE, la recepción de comunicaciones comerciales por vía electrónica (e-mail, Whatsapp, bluetooth, SMS), por parte de Asociación Andaluza de Pacientes con Síndrome de Tourette y Trastornos Asociados (A.S.T.T.A), sobre productos, servicios, promociones y ofertas de mi interés.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Firma del asociado:

D./Dña.: _____

DNI: _____