

# Solicitud de alta como persona socia

Asociación de Familiares de Personas Enfermas de Alzheimer y Otras Demencias

## 1. Datos de la persona solicitante

Nombre y apellidos

DNI / NIE

Fecha de nacimiento

Teléfono

Correo electrónico

Domicilio

Código postal

Municipio

Provincia

## 2. Solicitud y forma de pago

Solicito el alta como persona socia de AFA Alcrebite.

Cuota anual: 40 EUR.

Ingreso: ES05 2100 1987 0402 0013 5131

Concepto: Cuota Socio/a + nombre completo.

☐ Adjunto el justificante de pago junto con esta solicitud.

## 3. Protección de datos y firma

Responsable: AFA Alcrebite, CIF G18807040. Finalidad: gestionar el alta y la relación asociativa.

Derechos: [info@alzheimeralcrebite.es](mailto:info@alzheimeralcrebite.es). Información completa en la Política de Privacidad.

☐ He leído la información y solicito el alta como persona socia.

Lugar y fecha

Firma

### CÓMO DEVOLVER LA SOLICITUD

1. Completa y guarda este PDF. Imprime la solicitud para firmarla.
2. Adjunta el formulario y el justificante de pago.
3. Envíalos a [info@alzheimeralcrebite.es](mailto:info@alzheimeralcrebite.es) o entrégalos en la sede de Baza.