

# FES-TE SOCI



NOM I LLINATGES:	
DATA NAIXEMENT:	
DNI:	TELÉFON:
PROFESSIÓ:	E-MAIL:

## QUOTA DONATIU MÍNIMA DE 50€ O SI DESITGEU FER UN DONATIU SUPERIOR:

50 €	_____ €
------	---------

## AQUESTA QUOTA DONATIU POT SER:

<input type="checkbox"/> Anual (pagament únic a l'any, mínim 50€)	<input type="checkbox"/> Semestral (dos pagaments a l'any, mínim 30€ cada un)
---	---

### INFORMACIÓ SOBRE PROTECCIÓ DE DADES

**Responsable del tractament:** ASSOCIACIÓ DE FAMILIARS I AMICS DE MALALTS D'ALZHEIMER DE POLLENÇA (AFAMA). **Dades de contacte:** Carrer Santo Domingo S/N, 07460, Pollença, Illes Balears. **Finalitat del tractament:** la gestió dels serveis contractats i l'adequada organització d'activitats, així com la seva facturació i la gestió de cobrament i pagament domiciliats a través d'una entitat bancària. **Conservació de les dades:** les dades personals recollides es conservaran sempre que hi hagi una relació contractual, i un cop exhaurida, es conservaran mentre així ho requereixi una obligació legal. **Legitimació del tractament:** la base legal per al tractament de les seves dades és l'execució del contracte. **Destinatari de cessions:** a les entitats bancàries i a les administracions públiques legalment previstes. **Transferències internacionals:** no es preveu cap transferència internacional. **Drets dels interessats:** a) l'accés a les dades personals que els concerneixen; b) rectificació de les seves dades personals per a l'actualització; c) la supressió, quan entre altres motius, les dades ja no siguin necessàries per a les finalitats que van ser recollides. d) limitar el tractament de les seves dades, en determinades circumstàncies, en aquest cas, la persona responsable del tractament conservarà únicament les dades per a l'exercici o la defensa de reclamacions. e) en oposició al tractament de les seves dades, en determinades circumstàncies i per motius relacionats amb la seva situació particular, en aquest cas, la persona responsable del tractament conservarà únicament les dades personals per a l'exercici o la defensa de reclamacions. f) la portabilitat de les seves dades personals quan estigui automatitzada. A aquest efecte, haurà de dirigir-se mitjançant sol·licitud escrita i signada, acompanyada de fotocòpia de DNI/passaport, al domicili social. L'interessat té dret a retirar el consentiment en qualsevol moment, sense que això afecti la licitud del tractament basat en el consentiment previ a la seva retirada. La persona interessada podrà presentar una reclamació davant l'autoritat de control en l'àmbit de la protecció de dades competent, especialment quan no hagi rebut satisfacció en l'exercici dels seus drets, i com posar-se en contacte amb el responsable.

## ORDE DE DOMICILIACIÓ DE DÈBIT DIRECTE-SEPA

Referència ordre de domiciliació: \_\_\_\_\_

Identificador del creditor: \_\_\_\_\_

Nom del creditor: Associació de Familiars i Amics de Malalts d'Alzheimer de Pollença (AFAMA).

Direcció: Carrer Santo Domingo, s/n.

Codi postal - Població - Província: 07460 - Pollença - Illes Balears.

País: ESPANYA.

Mitjançant la signatura d'aquest formulari de Domiciliació, el deutor autoritza (A) al Creditor a enviar instruccions a la entitat bancària del deutor per a carregar en el seu compte, i (B) a la entitat per efectuar els càrrecs en el seu compte d'acord amb les ordres del Creditor. Com a part dels seus drets, el deutor està legitimat al reemborsament per la seva entitat en els termes i condicions de contracte subscrit per la mateixa. Aquest reemborsament haurà de reclamar-se en un termini de 8 setmanes a partir de la data en la qual es va realitzar el deute en el seu compte. Pot obtenir informació adicional sobre els seus drets en la entitat financera.

NOM DEL DEUTOR:	
DIRECCIÓ DEL DEUTOR:	
POBLACIÓ:	CODI POSTAL:
PROVÍNCIA:	PAÍS:
SWIFT BIC (pot contenir 8 o 11 posicions):	
NÚMERO DE COMPTE – IBAN:	
TIPUS DE PAGAMENT:	Recurrent Únic
DATA:	LOCALITAT:
CONCEPTE: Quota donatiu	

Firma: