ASOCIDE CValenciana
Asociación de Personas Sordociegas de la Comunidad Valenciana
C.I.F. G-54414685
Avda. Aguilera, Nº 43, 401. 03007 Alicante
Tfno y fax: 965 288 669
Móvil y SMS: 679 441 973
E-mail: asocidecv@asocidecv.org
Web: www.asocidecv.org

INFORMACIÓN SOBRE EL PROCESO DE ACOGIDA EN ASOCIDE CV:

ASOCIDE CV se compromete a dar de alta a..... con DNI..... cuando se cumplimente y aporte la siguiente documentación:

Documentos para cumplimentar y firmar:

- **Ficha de Alta.**
- **Aceptación de Protección de datos y cesión de Imagen.**
- **Autorización y domiciliación bancaria.**

Documentos para aportar:

- **DNI.**
- **2 fotos tamaño carnet**
- **Certificado médico de discapacidad.**
- **Tarjeta discapacidad.**
- **Tarjeta Sanitaria (SIP)**
- **Afiliación ONCE.**
- **Otros carnets: Carnet Jove, Tarjeta Dorada...**

ASOCIDE CV se compromete a enviar los siguientes documentos:

- **Estatutos.**
- **Reglamento de Régimen Interno.**
- **Código Ético.**
- **Carta de derechos y deberes.**
- **Gestión de quejas, sugerencias, reclamaciones y felicitaciones.**

ASOCIDE
Asociación de Personas Sordociegas
de la Comunidad Valenciana
C.I.F. G-54414695
Avda. Aguilera, Nº 43, 401. 03007 Alicante
Tfno y fax: 965 288 669
Móvil y SMS: 679 441 973
E-mail: asocidecv@asocidecv.org
Web: www.asocidecv.org
CValenciana

ASOCIACIÓN DE PERSONAS SORDOCIEGAS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

ALTA PERSONA SOCIA

Fecha registro entrada:.....

D./Dña. .....
con D.N.Iº.....-- ..... Fecha nacimiento .....
Domicilio.....…….....
nº..... Piso.....
Ciudad……..... Provincia:.....
C.P……
E-mail…….....…….....……
Nº Teléfono fijo……...…….....….....……
móvil…….....…….....….
Tipo de Sordoceguera:…….....….....…….
Sistema de comunicación:…….....…….....…….....
Afiliación a ONCE: .....
Afiliación a otras asociaciones, ¿Cuáles?.....

E X P O N E: *que cumpliendo los requisitos necesarios y aportando la documentación requerida, es por lo que*

S O L I C I T A: *sea admitido su* ***INGRESO*** *en la Asociación de Personas Sordociegas de la Comunidad Valenciana como Socio Numerario de pleno derecho, comprometiéndose a cumplir los vigentes Estatutos.*

A la espera de que mi petición sea atendida, les saluda atentamente,

Fdo.:

En ....., a ..... de ..... de.....

Asociación de Personas Sordociegas de la Comunidad Valenciana
C.I.F. G-54414695
Avda. Aguilera, Nº 43, 401. 03007 Alicante
Tfno y fax: 965 288 669
Móvil y SMS: 679 441 973
E-mail: asocidecv@asocidecv.org
Web: www.asocidecv.org

CONSENTIMIENTO DE CESIÓN DE IMAGEN Y DATOS

En cumplimiento de la normativa vigente del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) reglamento EU 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de Abril de 2016 en nombre de la empresa ASOCIACION DE PERSONAS SORDOCIEGAS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA tratamos la información que nos facilita con el fin de prestarles el servicio solicitado.

Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación comercial o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales. Sus datos se cederán a: FASOCIDE (C/Prim, 3. 28004 – Madrid) , y a los distintos organismos públicos con los que colaboramos (Consellerias, Ayuntamientos, Diputaciones...).

Usted tiene derecho a obtener confirmación sobre si en **ASOCIACION DE PERSONAS SORDOCIEGAS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA** 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. Para más información entra en: http://www.asocidecv.org/politica-de- privacidad/

UD. Consiente dar sus datos con el fin señalado:

SI

NO

UD. Autoriza el uso de imágenes, fotografías o vídeos, tomadas en actos o actividades organizadas por ASOCIDE CV en las que participe:

SI

NO

Ud. Consiente recibir comunicaciones, mensajes a través de correo electrónico:

SI

NO

Ud. Consiente recibir comunicaciones, mensajes a través del grupo de WhatsApp de ASOCIDE: CV.

SI

NO

FIRMA,

D.Dña.....

AL DORSO TIENE TODA LA INFORMACION IDENTIFICATIVA A CERCA DE NUESTRA ASOCIACION

Asociación de Personas Sordociegas de la Comunidad Valenciana
C.I.F. G-54414685
Avda. Aguilera, Nº 43, 401. 03007 Alicante
Tfno y fax: 965 288 669
Móvil y SMS: 679 441 973
E-mail: asocidecv@asocidecv.org
Web: www.asocidecv.org

Epígrafe	Información básica (1ª capa, resumida)	Información adicional (2ª capa, detallada)
Responsable	ASOCIACION DE PERSONAS SORDO CIEGAS CV " ASOCIDECV"	Dirección Fiscal: **AVDA. AGUILERA, 43 4º DESPACHO 401 – 03007 – ALICANTE** Dirección 1: **GV. RAMON Y CAJAL,13 –46007– VALENCIA** Dirección 2: **CENTRO SOCIAL POLIVALENTE CARRUS –03205– ELCHE(ALICANTE)** Dirección 3: **C/ MARQUES DE LA ENSENADA, 33 –12003– CASTELLON**
CIF/NIF: **G54414685** Telf.: **965288669** Responsable del tratamiento: **MARÍA SONIA PACHECO PÉREZ**		
Email : ASOCIDECV@ASOCIDECV.ORG.		
Finalidad	ASOCIACION SIN ANIMO DE LUCRO	–ofrecer asesoramiento y orientación familiar, social y profesional al colectivo asociado –organización de programas educativos, social y laboral específico para el colectivo asociado –Participación en actividades socioeducativas, deportivas, formativas, así como en conferencias, seminarios y cursos.
Plazos de conservación de los datos: mientras se mantenga la relación como persona socia, o se solicite la supresión por la persona interesada o alguna obligación de tipo legal.		
No se utilizaran sus datos para elaboración de perfiles.		
Legitimación	LEY ORGANICA 1/2002 DERECHO DE ASOCIACION SIN ANIMO DE LUCRO ART.22 CONSTITUCION	Por interés legítimo de la persona interesada Por consentimiento de la persona interesada
Usted tiene derecho a no ceder sus datos y su consecuencia sería la imposibilidad de realizar el servicio		

Asociación de Personas Sordociegas de la Comunidad Valenciana
C.I.F. G-54414695
Avda. Aguilera, Nº 43, 401. 03007 Alicante
Tfno y fax: 965 288 669
Móvil y SMS: 679 441 973
E-mail: asocidecv@asocidecv.org
Web: www.asocidecv.org

contratado.		
Destinatarios (de cesiones o transferencias)	PREVISION O NO DE CESIONES	Se cederán datos a: FASOCIDE (C/ de Prim, 3. 28004 – Madrid) CONSELLERIA DE IGUALDAD Y POLITICAS DE INCLUSION. Usted tiene derecho a no ceder sus datos y su consecuencia sería la imposibilidad de realizar el servicio contratado.
PREVISIÓN DE TRANSFERENCIAS, O NO, A TERCEROS PAISES	No se realizarán transferencias de datos salvo imperativo legal o interés vital	
Derechos	REFERENCIA AL EJERCICIO DE DERECHOS	Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento.
Tiene usted derecho a retirar el consentimiento prestado cuando así lo considere y la revocación implica la imposibilidad de la prestación		
Tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos, si considerara que el tratamiento de datos no es acorde a la normativa europea.		
Procedencia	FUENTE DE LOS DATOS	El origen de los datos tratados es su cesión voluntaria en la firma de consentimiento informado
Las categorías de datos que se tratan: • Datos identificativos •Datos personales • Datos profesionales • Datos bancarios • Datos especialmente protegidos: de salud		
		Para actualizar la información de su cuenta, las preferencias de marketing por correo electrónico o, en caso de que necesite otro tipo de ayuda en nuestros servicios, envíe el correo electrónico correspondiente a: ASOCIDECV@ASOCIDECV.ORG

Asociación de Personas Sordociegas
de la Comunidad Valenciana
C.I.F. G-54414695
Avda. Aguilera, Nº 43, 401. 03007 Alicante
Tfno y fax: 965 288 669
Móvil y SMS: 679 441 973
E-mail: asocidecv@asocidecv.org
Web: www.asocidecv.org

Logotipo Acreedor

Logo Creditor

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA CORE

SEPA CORE Direct Debit Mandate

Referencia de la orden de domiciliación:

Mandate reference

La referencia del mandato no puede exceder de 35 caracteres y solo puede contener caracteres: A-Z, a-z, 0-9+/-.

Mandate Reference may not exceed 35 characters and must consist of the following characters only: A-Z, a-z, 0-9+/-.

A cumplimentar por el acreedor- *to be completed by the creditor*

S

E

Creditor Identifier Dato facilitado por su entidad.

Creditor´s Name

Address

Postal Code- City

Town-Country

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 eigth 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*

Name of the debtor(s) (Titular/es de la cuenta de cargo- *Account holder/s*)

Address of the debtor

Postal code and city of the debtor

Asociación de Personas Sordociegas
de la Comunidad Valenciana
C.I.F. G-54414695
Avda. Aguilera, Nº 43, 401. 03007 Alicante
Tfno y fax: 965 288 669
Móvil y SMS: 679 441 973
E-mail: asocidecv@asocidecv.org
Web: www.asocidecv.org

Town- Country of the debtor

Swift-BIC del banco deudor :

Swift-BIC of the debtor bank

Número de cuenta- IBAN :

Account number of the debt- IBAN

Tipo de pago : Pago recurrente o X **Pago único 60€**

Type of payment Recurrent payment or One/off payment

Este mandato se puede usar para adeudos recurrentes Este mandato únicamente se puede usar una sola vez

Fecha - Localidad : **ALICANTE**

Firma/s del deudor/es :

Signature(s) of the debtor(s)

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.