

# Membership application



Lastname and name

.....

Name of the person affected with TDAH: .....

Address .....

C.P. .... City .....

Phone ..... Fax ..... email .....

Family annual fee            78€

Place and date: ..... .. of ..... of 20....

Signed:

.....

<b>ORDER IN ACCOUNT</b>				
Dear Sirs:				
I hereby communicate that, from the reception of the present and until new order, please charge in my account				
<b>DATA ACCOUNT</b>				
NAME OF HOLDER:		CODE ACCOUNT'S CLIENT		
N.I.F	_____	BANK	OFFICE	D.C.
	_____			Nº ACCOUNT
<b>DETAIL OF THE EFFECTS TO PAY</b>				
EMITTED BY TDAH CATALUNYA		C.I.F. G63874143		
NAME TO WHICH RECEIPTS ARE ISSUED		_____		
EFFECT CLASS: RECEIPT	AMOUNT	_____		
	REGULARITY:	_____		
<p>In the cases that the contributed data do not fit with those of the documents that are presented to be charged, the bank declines its responsibility in the incidences that can arise for this reason.</p> <p>Kindly,</p>				
RECEIVED	_____	_____		
	(date)	(company/signature of the holder of the account)		

En cumplimiento de lo que dispone la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, TDAH Catalunya le informa que sus señas personales están incorporadas a los ficheros de la asociación de los cuales esta es la titular. Si quiere, puede ejercer los derechos de acceso, rectificación y cancelación previstos en la ley, dirigiendo un escrito al apartado de correos 14039, 08017 Barcelona. Asimismo, con el fin de ofrecerle la mejor atención y darle información sobre nuestras actividades, y en cumplimiento del que dispone el arte. 65 del R.D. 1736/98 del 31 de julio de 1998 (BOE 5/09/1998), TDAH Catalunya solicita su consentimiento para tratar los datos que nos ha facilitado para la consecución de los objetivos de nuestra asociación. Debemos decirle que, de acuerdo con la legislación vigente, si no recibimos noticias suyas en el plazo de un mes consideraremos otorgado el consentimiento que, en cualquier caso, podrá revocar en todo momento.