



Asociación **seguros sin abusos (*)**

FORMULARIO DE PREINSCRIPCIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS		
NIF	TELEFONO	MÓVIL
CORREO ELECTRÓNICO		
DIRECCIÓN		
C.P.	POBLACIÓN	PROVINCIA

Solicito la inscripción en la Asociación Seguros sin Abusos en calidad de socio fundador. Me comprometo a pagar la **cuota de 100 €** que será girada periódicamente con carácter **ANUAL** por la ASSA, una vez constituida, a mi cuenta

Entidad Oficina DC Número de cuenta

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Nombre Entidad Bancaria
Titular Cuenta (si es distinto solicitante)

Firma del Solicitante

Los datos solicitados en el presente formulario son necesarios siempre que se desee formar parte de la ASSA y serán recogidos en un fichero inscrito en la Agencia Española de Protección de Datos con código de inscripción pendiente hasta su constitución cuya finalidad será la de gestionar los servicios que se puedan facilitar al asociado. Los datos no serán cedidos a terceros salvo aceptación del titular quien podrá en todo momento ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el responsable del fichero mediante carta certificada y con copia del DNI a la dirección del responsable del fichero. Para más información sobre los derechos del titular de datos personales <https://www.agpd.es>

(*) Pendiente de verificación de disponibilidad en el correspondiente Registro.