AGRUPACIÓN DE PERSONAS SORDAS DE GRANADA Y PROVINCIA

asogra

Nº SOCIO/A: _____

SOLICITUD DE ALTA, BAJA O MODIFICACIÓN DE SOCIO/A

1. DATOS SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____ NOMBRE _____ Nº SEGURIDAD SOCIAL _____

FECHA NACIMIENTO
Día: _____ Mes: _____ Año: _____

LUGAR NACIMIENTO _____

TIPO DE DOCUMENTO IDENTTIFICADO
D.N.I. ☐ C.I.F. ☐ T EXTRANJERO ☐ PASAPORTE ☐

Nº DE DOCUMENTO IDENTTIFICADO _____

SEXO: Hombre ☐ Mujer ☐ TIPO DE SOCIO/A: - ▼ GRADO DE DISCAPACIDAD: ____ %

DOMICILIO

TIPO DE VÍA _____ NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA _____ BLOQUE _____ NÚM _____ ESC _____ PISO _____ PUERTA _____ CÓD POSTAL _____

MUNICIPIO _____ PROVINCIA _____

CORREO ELECTRÓNICO _____ TÉLEFONO MÓVIL _____

2. DATOS RELATIVOS A LA SOLICITUD

ALTA ☐ BAJA ☐ MODIFICACIÓN DE DATOS ☐ FECHA DE INICIO / CESE / MODIFICACIÓN DE DATOS: Día: _____ Mes: _____ Año: _____

CAUSA DE LA BAJA / MODIFICACIÓN DE DATOS: _____

3. DOCUMENTOS ADJUNTOS

A esta solicitud se acompañan los siguientes documentos:

☐ Dos fotos a Color. (tamaño de Carnet)

☐ Una fotocopia de DNI o NIF.

☐ Una fotocopia del certificado bancario.

☐ Una fotocopia de la tarjeta de la Seg. Social.

☐ Una fotocopia del certificado de empadronamiento.

☐ Una fotocopia de DNI o NIF del autorizante.

☐ Una fotocopia de la tarjeta acreditativa del grado de discapacidad.

☐ Otros. _____

4. DATOS PARA LA DOMICILIACIÓN DEL PAGO DE CUOTAS

el importe de las cuotas será cargado en el número de cuenta cuyo código nos indique a continuación
(por favor rellene las 24 casillas con letra clara y poniendo un dígito en cada una)

DURACION DE CUOTA
Anual: ☐ Trimestral: ☐

CÓDIGO INTERNACIONAL CUENTA BANCARIA (IBAN)

IBAN	ENTIDAD	SUCURSAL	DC	Nº DE CUENTA
☐☐☐☐	☐☐☐☐	☐☐☐☐	☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

DOCUMENTO IDENTIFICATIVO DEL TITULAR DE LA CUENTA DE ADEUDO

Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICADO
D.N.I. ☐ C.I.F. ☐ T EXTRANJERO ☐ PASAPORTE ☐

Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICADO
_____

En caso de devolución del recibo, la Asociación contactará con el socio, avisándole de la devolución del recibo. Los gastos de devolución del recibo serán asumidos por el socio cuyo recibo ha sido devuelto. Una vez avisado, se le girará un segundo recibo con la cuota de socio + los gastos de devolución del anterior recibo.

Granada, a ____ de _____ de 20____

Fdo: _____

secretaria@asogra.es 958 22 24 36 asogra.es

CIF. G-18025353. Rgto. Prov. Asoc. 20, Sección 1.ª. Rgto. Asoc. Ayuda Mutua Autocuidado 14. Rgto. S. Social 91

AGRUPACIÓN DE PERSONAS SORDAS DE GRANADA Y PROVINCIA
asogra

TARIFAS DE CUOTAS DE SOCIOS AÑO 2020

Duración: **Anual**

Tipo de Cuota	Mensual	Anual
De 16 - 17 años con familia asociada	1,75€	21€
De 16 - 17 años Sordoceguera	3,00€	36€
De 16 - 29 años	5,00€	60€
De 30 - 64 años	9,00€	108€
De 30 - 64 años (+ 50 km)	6,00€	72€
De mayores + 65 años (+15 años de socio)	5,00€	60€
De mayores + 65 años (-15 años de socio)	9,00€	108€
De colaboradores	-	50€
De estudiantes oyentes (LSE)	-	10€ (*)

Duración: **Trimestral**

Tipo de Cuota	Mensual	Trimestral	Anual
De 16 - 17 años Sordoceguera	3,00€	9€	36€
De 16 - 29 años	5,00€	15€	60€
De 30 - 64 años	9,00€	27€	108€
De 30 - 64 años (+ 50 km)	6,00€	18€	72€
De mayores + 65 años (+15 años de socio)	5,00€	15€	60€
De mayores + 65 años (-15 años de socio)	9,00€	27€	108€

Nota:

(*) Nueve meses.

- Inscripción de – 50 km — 30€
- Inscripción de + 50 km — 15€

secretaria@asogra.es
958 22 24 36
asogra.es

CIF. G-18025353. Rgto. Prov. Asoc. 20, Sección 1.ª. Rgto. Asoc. Ayuda Mutua Autocuidado 14. Rgto. S. Social 91

AGRUPACIÓN DE PERSONAS SORDAS DE GRANADA Y PROVINCIA
asogra

AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE IMÁGENES DEL SOCIO

La Agrupación de las Personas Sordas de Granada y Provincia solicita el consentimiento para la publicación de imágenes (que aparezcan tanto de forma individual como en grupo) de las personas participantes en las actividades organizadas por la asociación.

Y dado que el derecho a la propia imagen está reconocido en el artículo 18 de la Constitución y regulado por la Ley 1/1982, de 5 de mayo, sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen y la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Estas imágenes podrán ser publicadas en la página web y en el perfil de las redes sociales de la Agrupación de Personas Sordas de Granada y Provincia.

☐ **SI** doy mi consentimiento ☐ **NO** doy mi consentimiento

Para que la Agrupación de Personas Sordas de Granada y Provincia pueda utilizar las imágenes tomadas en cualquier actividad y publicarlas.

Granada, a _____ de _____ de 20____

Fdo: _____

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 18 de la Constitución y regulado por la Ley 1/1982, de 5 de mayo, sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen y la Ley 15/1999, de 13 de Diciembre, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal y demás normativa aplicable, le informamos que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento, van a ser incorporados para su tratamiento en un fichero creado por y bajo la responsabilidad de la Agrupación de Personas Sordas de Granada y Provincia –ASOGRA-Así mismo se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad las actividades de la ASOGRA. Si lo desea, puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el responsable del fichero.

CIF. G-18025353. Rgto. Prov. Asoc. 20, Sección 1.ª. Rgto. Asoc. Ayuda Mutua Autocuidado 14. Rgto. S. Social 91

secretaria@asogra.es 958 22 24 36 asogra.es

AGRUPACIÓN DE PERSONAS SORDAS DE GRANADA Y PROVINCIA

asogra

AUTORIZACIÓN BANCARIA

Titular de la cuenta: _____

Domicilio: _____

Entidad: _____

Sucursal / Domicilio: _____

D./Dª _____, con DNI _____

AUTORIZO a _____, con DNI _____

a que tenga acceso a la cuenta arriba referida, tanto para el ingreso como retirada de dinero de dicha cuenta, de la que soy titular, firmado al efecto la documentación usual para esta clase de operaciones, pudiendo y dando conformidad en su caso, a los saldos resultantes.

Esta autorización se mantendrá en vigor mientras no se revoque por carta certificada con acuse de recibo o mediante notificación notarial, reconociendo, desde ahora, la validez de las operaciones que haya realizado el autorizado en la entidad desde la fecha, hasta que reciba la orden revocatoria de la presente autorización.

Granada, a _____ de _____ de 20____

Firma del autorizante

Firma del autorizado

Fdo: _____

Fdo: _____

- El presente documento debe acompañarse a la fotocopia del DNI/NIF del autorizante.
- El autorizado debe acreditar su identidad.

secretaria@asogra.es

958 22 24 36

asogra.es

CIF. G-18025353. Rgto. Prov. Asoc. 20, Sección 1.ª. Rgto. Asoc. Ayuda Mutua Autocuidado 14. Rgto. S. Social 91