

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 IDENTIFICADO D.N.I. C.I.F. T EXTRANJERO PASAPORTE	Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICADO
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		
TÉLEFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO		

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				
					Annual:	Trimestral:			
CÓDIGO INTERNACIONAL CUENTA BANCARIA (IBAN)					IBAN	ENTIDAD	SUCURSAL	DC	Nº DE CUENTA
					Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICADO		Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICADO		
DOCUMENTO IDENTIFICATIVO DEL TITULAR DE LA CUENTA DE ADEUDO					D.N.I.	C.I.F.	T EXTRANJERO	PASAPORTE	

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:

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€

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 –ASOGRÁ-Así mismo se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad las actividades de la ASOGRÁ. Si lo desea, puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el responsable del fichero.

AUTORIZACIÓN BANCARIA

Titular de la cuenta:

Domicilio:

Entidad:

Sucursal / Domicilio:

D./D^a _____, 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.