



Afíliate más rápido y fácil
de forma online, escanea
este código QR con tu móvil



FORMULARIO DE AFILIACIÓN

Plataforma Mairenera por la Sanidad Pública

Háznoslo llegar relleno en una de nuestras redes sociales
o cualquiera de los puntos de recogida en Mairena del Alcor

DATOS PERSONALES DEL/LA AFILIADO/A

Nombre y apellidos: _____

NIF/DNI: _____

Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Localidad: _____

Provincia: _____

Código Postal: _____

Profesión: _____

PROTECCIÓN DE DATOS (RGPD - LOPDGDD)

De conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 (RGPD) y la Ley Orgánica 3/2018, le informamos de que sus datos serán incorporados a un fichero responsabilidad de la **Plataforma Mairenera por la Sanidad Pública** (NIF G22986582), con la finalidad de gestionar su afiliación y participación en la asociación.

Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad dirigiéndose por escrito a la dirección postal de la asociación o al correo electrónico: [\[info@mairenaporlasanidadpublica.org\]](mailto:info@mairenaporlasanidadpublica.org) .

- ☐ Aceptación de estatutos de la asociación:
- ☐ **Autorizo** el tratamiento de mis datos conforme a lo establecido en la presente cláusula de protección de datos.

FIRMA

En Mairena del Alcor, a ____ de _____ de 20____

Firma del solicitante: