



ASOCIACION ESPAÑOLA FAMILIA ATAXIA TELANGIECTASIA

Nombre: _____ Apellidos: _____
Dirección: _____ Código Postal: _____
Ciudad: _____ Provincia: _____ País: _____
Teléfono fijo: _____ Teléfono móvil: _____
Correo electrónico: _____
Prefiero que se me contacte por: Tfno. fijo – Tfno. móvil en el siguiente horario:
Prefiero recibir información por: Correo electrónico Correo postal

SOBRE AEFAT:

- **¿CÓMO NOS CONOCISTE?:**

- **¿TIENES ALGÚN FAMILIAR CON A-T? (EN CASO AFIRMATIVO, INDICA PARENTESCO, EDAD Y QUÉ TIPO DE ASISTENCIA RECIBE):**

- **¿HAS COLABORADO O ESTÁS COLABORANDO CON ALGUNA ASOCIACIÓN?, (EN CASO AFIRMATIVO, INDICA EL NOMBRE):**

- **¿ESTAS INTERESADO EN COLABORAR CON NOSOTROS?, (EN CASO AFIRMATIVO, INDICA CÓMO CREES QUE PODRÍAS COLABORAR):**

Mediante el presente documento solicito a la Junta Directiva mi admisión como socio de número en AEFAT, en solidaridad con los estatutos, presentando copia de mi DNI para que conste que lo dicho anteriormente a efectos de documentación.

Nombre, firma y fecha

DNI:

Los datos facilitados solamente serán utilizados por AEFAT con fines de contacto de la propia asociación, sin que se ceda a terceras partes sin su consentimiento expreso. El conocimiento de los datos personales disponibles, así como los derechos a cancelación o modificación de los mismos podrá realizarse cuando se desee por solicitud con la secretaría de la asociación, atendiendo a lo que establezcan las leyes en vigor sobre la materia. La información más actualizada estará disponible en <http://www.aefat.es>