valle colino
albergue comarcal

A RELLENAR POR EL ALBERGUE

Nº de Socio: _____

Fecha de Alta:_____/_____/_____

COLABORADOR/A ALBERGUE VALLE COLINO

CUOTA MENSUAL:

☐	10	Euros	☐	35	Euros
☐	15	“	☐	40	“
☐	20	“	☐	45	“
☐	25	“	☐	50	“
☐	30	“	☐	Otra cantidad	“

Apellidos y nombre_____

D.N.I.: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ C. P. _____

Provincia: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico:_____

DOMICILIACIÓN BANCARIA

Sr. Director, ruego que a partir de la fecha se sirvan atender con cargo a mi cuenta los recibos que emita la Federación Canaria de Asociaciones Protectoras de Animales y Plantas (FECAPAP).

Banco/Caja de Ahorros: _____

Iban	Entidad	Sucursal	D. C.	Nº Cuenta

Titular de la Cuenta: _____

S/C de Tenerife, a de de 20

Firma del Titular

La suscripción del presente documento supone la prestación del consentimiento necesario para que los datos personales aquí recogidos así como aquellos que se originen en su desarrollo sean objeto de tratamiento integrándose en los ficheros de la Federación Canaria de Asociaciones Protectoras de Animales y Plantas, con el fin de realizar la gestión administrativa interna de la federación, y posibilitar el normal desarrollo y tratamiento a los solos efectos de cuanto en este documento indica.
Puede revocar los anteriores consentimientos en cualquier momento. Así mismo, puede ejercitar su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición, remitiendo su solicitud a la siguiente dirección: Albergue Valle Colino, C/ Cartagena, s/n, 38205 San Cristóbal de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife.
☐ **Marque esta casilla si no quiere recibir información sobre eventos, actividades y noticias de FECAPAP y Valle Colino.**

Enviar a: info@fecapap.org