



## Solicitud de Inscripción

Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Teléfono de contacto \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_  
Nacionalidad \_\_\_\_\_ País de residencia \_\_\_\_\_

- Quedo informado del hecho de que la asociación **sólo admite como miembros a los familiares y enfermos** de Fibrosis Pulmonar, requisito que cumplo.
- Acepto que las **convocatorias** para la asamblea de socios (ordinaria o extraordinaria) me sean comunicadas a través de mi correo electrónico (arriba indicado) y publicación en la web de la asociación.
- Si además de asociarme, deseo hacer una aportación voluntaria en cualquier momento, quedo informado de que puedo efectuarla por transferencia bancaria a la cuenta de la asociación número 2100/1455/15/0200185407 de La Caixa; IBAN ES77 (Por favor, no olvide indicar su nombre y apellidos)

Por favor, indíquenos si:

- **Desea que le demos de alta en el grupo privado de Facebook**  SI  NO  
(En caso afirmativo recibirá una invitación desde Facebook al correo electrónico arriba indicado)
- **Desea recibir en su correo electrónico notificación de las actividades de AFEFPI**  SI  NO

Fecha y Firma

**Por favor, envíe este formulario debidamente cumplimentado y firmado a:**  
[inscripciones.afefpi@gmail.com](mailto:inscripciones.afefpi@gmail.com)

La cumplimentación de los datos del presente formulario es voluntaria y el fin de su recogida es gestionar la inscripción como miembro de la asociación, remitir comunicaciones, convocatorias e informaciones de su interés, así como gestionar los cobros (si los hay), siendo el destinatario de los citados datos y responsable de su tratamiento la Asociación de Familiares y Enfermos de FPI y Fibrosis Pulmonar Familiar (AFEFPI). Los datos podrán ser cedidos a los profesionales que presten los servicios que ofrece la asociación a sus asociados.

Al cumplimentar el presente cuestionario, otorgo mi consentimiento para el envío de comunicaciones por correo electrónico y para que los datos obtenidos en el mismo sean incluidos en un fichero automatizado para su posterior tratamiento con los fines arriba indicados y cedidos a la entidad arriba indicada para los fines reseñados.

Así mismo, si, voluntariamente, decidiese comunicar a la asociación datos médicos relativos a mi enfermedad por la presente autorizo a que dichos datos puedan ser incorporados a un fichero cuya finalidad es recoger datos estadísticos de la Fibrosis Pulmonar Idiopática, y gestionar los servicios que ofrece la asociación a sus miembros, siendo el destinatario de los citados datos y responsable de su tratamiento la asociación.

Igualmente quedo informado de la posibilidad de ejercer mi derecho de acceso, rectificar y oposición sobre los datos que figuren en el citado fichero. Los anteriores derechos pueden ser ejercidos en la dirección arriba indicada.