



EMIN

CONFEDERACION POR EL
MEJOR INTERES DE LA INFANCIA

SOCIO Nº _____

FECHA DE ALTA ____/____/____

FECHA DE BAJA ____/____/____

PERSONAS FISICAS

APELLIDOS _____

NOMBRE _____ N.I.F nº _____

DOMICILIO _____

POBLACIÓN _____ C.P. _____

PROVINCIA _____ PAIS _____

TELEFONO _____ MAIL _____

PERSONAS JURIDICAS (Asociaciones, federaciones, fundaciones, sociedades mercantiles, ..)

NOMBRE _____

C.I.F. nº _____ FECHA CONSTITUCIÓN ____/____/____

DOMICILIO _____

POBLACIÓN _____ C.P. _____

PROVINCIA _____ PAIS _____

TELEFONO _____ MAIL _____

REPRESENTANTE _____

CUOTA ANUAL: _____ PERSONA FISICA **20,00 €** _____ PERSONA JURIDICA **100,00 €**

FORMA DE PAGO: DOMICILIACION BANCARIA

País IBAN				Entidad				Oficina				DC	Cuenta						

PROTECCION DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: Acepto que mis datos sean incorporados a un fichero automatizado propiedad de EMIN, pudiendo ser tratados con la finalidad de gestionar mi relación con la entidad, prestar los servicios y realizar las actividades dirigidas a mi, como asociado, así como de informarme de los productos y servicios que la Asociación ofrece. Como Socio podré ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente, a través de una comunicación escrita dirigida a EMIN, calle Casado del Alisal, nº 4-5º Dcha. 28014 MADRID, o mediante envío de un e-mail a secretariageneral@eminenlared.es.

Fdo. _____