



SOLICITUD DE AFILIACION

(Rellenar en MAYUSCULAS, por favor)

Nombre Apellidos.....

DNI/NIE Fecha de nacimiento/...../.....

Dirección: Calle / Av. / Plaza Nº.....

Código postal Localidad Provincia

E-mail :.....

Teléfono fijo : Móvil :.....

Idioma elegido : FR / GB / DE / NL / SP / VAL

Datos bancarios:

IBAN: ____ Entidad : ____ Oficina : ____ DC: __ Nº cuenta : _____

Importe cuota :€

(la cuota mensual de afiliado es 5€ pero si lo desea puede hacer una contribución superior)

Firma Solicitante:

En....., a..... de.....de 201..

Una vez cumplimentado, entregarlo a un miembro de CIPAL, a nuestra oficina en el Ayuntamiento o por mail a: info@cipal.es

De conformidad con lo que dispone la Ley Orgánica 15/1999 de 13 diciembre de Protección de datos de carácter personal, le informamos que los datos que proporcione en esta solicitud serán incorporados a un fichero titularidad de Ciudadanos Independientes por Altea, y serán tratados para todas las finalidades propias del Partido, que incluyen, entre otras, la información sobre sus actividades, la realización de convocatorias de actos y eventos propios del mismo y el envío de mensajes incluso por medios electrónicos. Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición al tratamiento de dichos datos mediante escrito dirigido al Partido o por e-mail.

Nº AFILIADO:

A rellenar por **CIPAL**

MIEMBRO DEL PARTIDO:

NOMBRE Y FIRMA: