



# CUPÓN DE SUSCRIPCIÓN



Sí, quiero ayudar a las personas con trastornos del desarrollo haciéndome socio de la Asociación Proyecto Autismo

\* Cuota de ..... € al  Mes  Trimestre  Semestre  Anual  Única  Colaborador

## DATOS PERSONALES

PERSONA FÍSICA

EMPRESA

NIF/CIF .....

Razón Social Empresa .....

Nombre y Apellidos .....

Domicilio ..... C.P. .... Población .....

Provincia ..... Teléfono: ..... Correo Electrónico .....

## FORMA DE PAGO

*Autorizo a la Asociación Proyecto Autismo a cargar la cantidad indicada en mi cuenta bancaria:*

### DOMICILIACIÓN

IBAN

--	--	--	--

ENTIDAD

--	--	--	--

OFICINA

--	--	--	--

DC

--	--

Nº DE CUENTA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## CUENTA PARA DONATIVOS

BANKIA 2038 / 6568 / 66 / 6000071140

**CÓDIGO IBAN:** IBAN ES44 2038 6568 6660 0007 1140

**CÓDIGO BIC (SWIFT):** CAHMESMMXXX

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/99 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos serán incorporados a un fichero del que es responsable la Asociación Proyecto Autista. Los datos serán utilizados para la gestión de su donación y para informarle de otras campañas llevadas a cabo por la Asociación. Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición indicándolo por escrito a:

Asociación Proyecto Autismo, C/ Castell de Pop, 40 (46024) Valencia

Firma:

Este compromiso quedará extinguido en el momento en que el firmante lo decida.

\* Cuota de referencia para socios: 30,00 € / año.