



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

CAIXA POPULAR 3159 / 0018 / 19 / 2878215025

CÓDIGO IBAN: IBAN ES18 3159 0018 1928 7821 5025

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, mail: socios@aspau.org

Firma:

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