## 

**Associació per a la Prevenció del Suïcidi i l’Atenció al Supervivent**

C/Ravalet nº43, 3º. 17450 Hostalric (Girona)

[apsascontacte@gmail.com](mailto:apsascontacte@gmail.com)

[www.apsas.org](http://www.apsas.org)

A rellenar por APSAS:

Nº de benefactor:

Fecha de alta:

Fecha de baja:

## FICHA DE AMIGO/A BENEFACTOR/A

Mediante la firma del presente documento, informo que deseo colaborar económicamente con APSAS y autorizo el cobro domiciliado de mi aportación voluntaria periódica.

POR FAVOR, RELLENAR EN MAYÚSCULAS TODOS LOS CAMPOS

|  |
| --- |
| DATOS PERSONALES |

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Población: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cod. Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| DONACIÓN |

Deseo aportar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ euros

Periodicidad: Mensual Trimestral Semestral Anual

|  |
| --- |
| NIF G55285142. Registro de Asociaciones de la Generalitat de Catalunya nº 60998. |
| DOMICILIACIÓN BANCARIA |

LAS DONACIONES CON PERIODICIDAD SE HACEN MEDIANTE DOMICILIACIÓN BANCARIA A DIA 5 DE MES (EN FUNCIÓN DE LA FRECUENCIA INDICADA). PUEDE RESCINDIR SU COLABORACIÓN AVISANDONOS POR MAIL, CON UN MES DE ANTELACIÓN.

Titular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DNI/NIE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Banco/Caja de Ahorros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IBAN | | | | ENTIDAD | | | | OFICINA | | | | D.C | | NÚMERO DE CUENTA | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

En\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2017

Firmado:

**Deseo ir recibiendo información de la asociación:**

**SI NO**

APSAS, Associació per a la Prevenció del Suïcidi i l'Atenció al Supervivent, según lo dispuesto por la Ley Orgánica de Protección de Datos **(L.O. 15/1999, de 13 de diciembre), informa que los datos que se faciliten se incorporarán a un fichero informatizado, cuya titularidad y responsabilidad le corresponde. Serán tratados con absoluta confidencialidad y no serán cedidos a terceros. Los datos serán**utilizados para comunicar información sobre la asociación.

En cualquier momento puede solicitar una modificación de los mismos o su eliminación del registro a través de las vías ordinarias de comunicación.