## 

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

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

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

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

Omplir per APSAS:

Nº de benefactor:

Data d’alta:

Data de baixa:

## FITXA D’AMIC/AMIGA BENEFACTOR/A

Mitjançant la signatura del present document, informo que desitjo col·laborar econòmicament amb APSAS i autoritzo el cobrament domiciliat de la meva aportació voluntària periòdica.

OMPLIR EN MAJÚSCULES TOTS ELS CAMPS, SI US PLAU

|  |
| --- |
| DADES PERSONALS |

Nom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognoms: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Població: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codi Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telèfon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| DONACIÓ |

Vull aportar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ euros

Periodicitat : Mensual Trimestral Semestral Anual

NIF G55285142. Registre d’Associacions de la Generalitat de Catalunya nº 60998.

|  |
| --- |
|  |
| DOMICILIACIÓ BANCÀRIA |

LES DONACIONS AMB PERIODICIDAD ES FAN MITJANÇANT DOMICILIACIÓ BANCÀRIA A DIA 5 DE MES (EN FUNCIÓ DE LA FREQUENCIA INDICADA). POT RESCINDIR LA SEVA COLABORACIÓ AVISANT PER MAIL, AMB UN MES D’ANTELACIÓ.

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

Banc/Caixa d’Estalvis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IBAN | | | | ENTITAT | | | | OFICINA | | | | D.C | | NÚMERO DE COMPTE | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ el\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2017

Signat:

**Desitjo rebre informació de l’associació:**

**SI NO**

APSAS, Associació per a la Prevenció del Suïcidi i l'Atenció al Supervivent, segons el que disposa la Llei Orgànica de Protecció de Dades **(L.O. 15/1999, de 13 de desembre), informa que les dades que es faciliten s’incorporaran a un fitxer informàtic amb titularitat i responsabilitat de l’associació. Es tractaran amb absoluta confidencialitat i no es cediran a tercers. Les dades s’utilitzaran** per comunicar informació sobre l’associació. En qualsevol moment en pot sol·licitar una modificació o la seva eliminació del registre per les vies habituals de comunicació.