TEA-mo
"Trastorno del Espectro Autista Mesa de Ocaña"

## SOLICITUD DE ALTA DE SOCIO

A rellenar por la asociación

**N º DE SOCIO:**

**FECHA DE ALTA:**

## DATOS DEL BENEFICIARIO

| Nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|
| | | |

| NIF/NIE: | Fecha de nacimiento |
|---|---|
| | |

Centro de estudios

## DATOS DE LOS TUTORES

**Tutor1:**

| Nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|
| | | |

| NIF/NIE: | Fecha de nacimiento |
|---|---|
| | |

**Tutor2:**

| Nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|
| | | |

| NIF/NIE: | Fecha de nacimiento |
|---|---|
| | |

## DATOS DE CONTACTO

| Dirección | Núm. | Esc. | Piso | Letra |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| Código Postal | Población | Provincia |
|---|---|---|
| | | |

| Teléfono fijo | Teléfono móvil | Correo electrónico |
|---|---|---|
| | | |

## TIPO DE SOCIO

| **ASOCIADO TITULAR** |
|---|
| Cuota Bimestral 40 € ☐ |

## DATOS BANCARIOS

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

El solicitante, padre, madre o tutor
Firma

…… , a …….. de ……..…... de …….

Acepto política de privacidad: *Los datos personales que nos facilitas serán incorporados a un fichero de datos de la Asociación TEA-mo (Trastorno Espectro Autista Mesa de Ocaña). La finalidad de dicho fichero es la de gestionar de manera adecuada a los socios, las aportaciones y donaciones, las campañas, y otras acciones, así como mantenerte informado/a de nuestras actividades, a través de cualquier medio de comunicación, incluyendo la vía electrónica. Puedes ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndote a Asociación TEA-mo con dirección en Plaza de la Constitución, 1 - Centro Cívico Adolfo Suárez, 45350, Noblejas (Toledo) o nuestro correo electrónico* administracion@tea-mo.es