



....., de de 20.....

Hacer un único Donativo

Cantidad: _____ €

Hacer un Donativo Periódico

Cantidad: _____ €

Mensual Anual

HACERME SOCIO SÍ NO

Apellidos:

Nombre:

Domicilio:

CP: Localidad Provincia

Teléfono E-mail

Datos Bancarios:

Entidad

Oficina

DC

N.º de Cuenta

Datos de Tarjeta:

VISA

MASTERCARD

4B

Número de Tarjeta

Fecha de Caducidad

 /

Firma (Imprescindible)

Incluir nombre, apellidos y DNI

Todas aquellas personas que realicen una o varias donaciones recibirán el certificado de donaciones en el siguiente año fiscal.

Si no es residente en España sólo podrá realizar donaciones únicas a través de tarjeta bancaria (los datos de su tarjeta bancaria serán borrados de nuestro registro de acuerdo a la Ley de Protección de Datos 15/1999), recibiendo el certificado de reconocimiento de la Fundación.



INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable: Sociedad Española de Oftalmología; **Finalidad:** Atender su solicitud y enviarle comunicaciones comerciales; **Legitimación:** Ejecución de un contrato, consentimiento del interesado; **Destinatarios:** No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal; **Derechos:** Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, indicados en la información adicional, que puede ejercer dirigiéndose a la dirección del responsable del tratamiento; **Procedencia:** El propio interesado.

Yo _____

con DNI _____

he leído y acepto los términos de la Ley General de Protección de Datos.