



Asociación de Afectados de Retinosis Pigmentaria de Euskadi, "AARPE"
C/ Iturribide, 26 – Entreplanta, Dpto. 7
48006 BILBAO
Teléfono: 94 415 64 76
www.retinosispigmentaria.org



D. _____

Con D.N.I. _____, domicilio en _____

Calle _____, Nº _____, piso _____

Provincia de _____ . C.P. _____ Tfno. _____

Solicita el ingreso como socio de pleno derecho en la Asociación de Afectados de Retinosis Pigmentaria de Euskadi, "AARPE".

Solicitud hecha a la Junta Directiva de esta Asociación el

Día _____ de _____ 2.0 _____

AFFECTADO SI (marcar con una X)
NO

Firma del solicitante

VISTO Y APROBADO

Sello y firma del Secretario

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, sus datos están en el fichero "Socios", del que es responsable A.A.R.P.E. Este fichero tiene como finalidad gestionar los datos de las personas que se dirigen a AARPE con el fin de pertenecer a la Asociación. Estos datos pueden ser facilitados a las unidades de investigación en la materia. Si quiere ejercitar los derechos que le asisten dirija una comunicación escrita a los Responsables de Seguridad de A.A.R.P.E a Iturribide, nº 26 - Entreplanta - Dpto. 7 48006 BILBAO

Asociación inscrita en el Registro de Fundaciones y Asociaciones Benéfico-Asistenciales y Entidades Análogas del Gobierno Vasco con el número M-011
Nº Registro B/749/87. C.I.F. G 48289417