DOMICILIACIÓN RECIBOS SOCIOS/AS
ASOCIACIÓN ONG DE PACIENTES HEMIANÓPSICOS O CON PÉRDIDAS SECTORIALES DE CAMPO

ENTIDAD DE CRÉDITO
Nombre
Oficina
Dirección
Localidad

TITULAR DE CUENTA DE CRÉDITO
Nombre
Apellidos

DETALLE DE LA DOMICILIACIÓN
Concepto: **PROFESIONAL COLABORADOR** (50€/año)
Profesional:
E-mail:

ENTIDAD EMISORA
Nombre: **ASOCIACIÓN ONG DE PACIENTES HEMIANÓPSICOS O CON PÉRDIDAS SECTORIALES DE CAMPO**

ORDEN DE DOMICILIACIÓN Fecha:
CÓDIGO CUENTA CORRIENTE IBAN
Entidad
Oficina
D.C.
Número de Cuenta

Ruego a Vds. que hasta nuevo aviso, atiendan con cargo a mi cuenta, los recibos emitidos por la ASOCIACIÓN ONG DE PACIENTES HEMIANÓPSICOS O CON PÉRDIDAS SECTORIALES DE CAMPO, expedidos a nombre del usuario que se detalla.
(Firma del titular de la cuenta)

Fecha : ..... / ..... / .....

CLÁUSULA EN AUTORIZACIÓN DE DOMICILIACIÓN BANCARIA
De conformidad con la Ley de Protección de Datos de Carácter personal 15/1999, la ASOCIACIÓN ONG DE PACIENTES HEMIANÓPSICOS O CON PÉRDIDAS SECTORIALES DE CAMPO, le informa que los datos recogidos en esta autorización van a ser incorporados a un fichero mixto creado y mantenido bajo responsabilidad de la Asociación, con la única finalidad de realizar los cargos oportunos en la cuenta específica derivados de la relación entre las partes, previamente pactados.
Estos datos, serán únicamente cedidos a las entidades financieras con las que trabajamos para llevar a cabo esta actuación. El titular podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y/o cancelación ante la Asociación en la siguiente dirección: Paseo Sant Joan 127 2º-4ª, 08037 Barcelona.