

FICHA DE INSCRIPCIÓN DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME PRADER WILLI

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO:

TELÉFONO:

EMAIL:

EMAIL:

DNI:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS:

DIRECCIÓN:

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

CP:

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH: **SÍ** **NO**

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN: (Marcar con una X en caso afirmativo)

	Autorizan la captación y utilización de las imágenes fotográficas y audiovisuales, realizadas durante las fiestas, salidas y actividades de la Asociación en las que aparezca su hijo o representado _____ (Nombre de sus hijos y hermanos) para que se puedan utilizar con carácter educativo y divulgativo del SPW.
	Entregar copias de las mismas a los padres, tutores o familiares del resto de miembros de la Asociación en formato papel, CD o similar
	Utilizar como recurso didáctico (Exposiciones, ponencias etc) para la difusión del SPW y publicarlas en la revista, web, redes sociales, material de difusión de la AESPW.
	Autorizo para que se pueda facilitar información sobre mi hijo/a/representado a otros profesionales que puedan interactuar con él (Médicos, profesionales, etc)
	Autorizo para que se pueda facilitar información sobre mi hijo/representado en los Grupos de Ayuda Mutua en los que se comparten información de familias.

DON/DOÑA _____ :
DESEO INSCRIBIRME COMO SOCIO EN LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA PARA EL SÍNDROME DE PRADER-WILLI

DECLARO CONOCER Y ACEPTAR EL CONTENIDO DE LOS ESTATUTOS DE LA AESPW, CUYA COPIA DE LOS MISMOS SE ME ENTREGA EN ESTE ACTO

DESEO REALIZAR LA APORTACIÓN **ANUAL DE 100 EUROS**

(la primera cuota se abonará mediante ingreso al número de cuenta de la AESPW o transferencia bancaria)

DESEO REALIZAR TRANSFERENCIA BANCARIA A LA CUENTA DE LA ASOCIACIÓN:

Titular: ASOCIACIÓN ESPAÑOLA PARA EL SÍNDROME DE PRADER-WILLI

Entidad: B.B.V.A

Oficina: C/Río Manzanares, 33-35

Localidad: Leganés (Madrid)

Nº Cuenta: ES57 0182 -2651 - 58 - 0011504056

C.P.: 28913

MIS DATOS BANCARIOS PARA LA DOMICILIACIÓN DE LAS CUOTAS SON:

TITULAR:

BANCO/CAJA:

CUENTA:

ES _____

DIRECCIÓN:

PROVINCIA:

CP:

LOCALIDAD:

Manifiesto mi aceptación y conformidad en el pago mediante el sistema de domiciliación bancaria de los recibos girados por la AESPW para el cobro de las cuotas de inscripción y pertenencia a la Asociación.

En, _____ a de _____ de _____

Nombre, DNI y firma de padre y madre

El tratamiento de los datos personales están ajustados a la normativa establecida en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. Al cumplimentar y firmar este formulario, consiente expresamente al tratamiento de estos datos por parte de la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA PARA EL SÍNDROME DE PRADER-WILLI que los empleará para la gestión de sus actividades, el envío de información y contacto habitual con sus integrantes. Si lo desea, puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en cualquier momento, dirigiéndose por escrito a la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA PARA EL SÍNDROME DE PRADER-WILLI sita en c/Río Ter, 2, de Leganés (Madrid)-28913 o mediante correo electrónico: praderwillisindrome@gmail.com