**Hoja de Afiliación**

Nombre:

Apellidos:

DNI:

Cuerpo:

(En caso de ser familiar, indicar el socio y parentesco):

Provincia:

Dirección de contacto (preferentemente correo electrónico):

Teléfono (opcional):

Soy donante de …

Como donante de sangre tengo acumuladas … donaciones. (opcional)

Autorizo expresamente a que mis datos sean guardados en el Libro de Socios de la Asociación, habiendo leído los Estatutos que la rigen, compartiendo sus fines.

Autorizo recibir información sobre la Asociación y sus actividades en la dirección de correo aportada.

De acuerdo con el Reglamento 2016/679 y normativa de privacidad relacionada se informa que sus datos pasarán a formar parte de un fichero propiedad de ANDFCAE, cuya única finalidad es la de prestarles los servicio propios de la Asociación. ANDFCAE se compromete a no ceder, ni compartir los datos con terceros excepto obligación legal o a proveedores homologados de la asociación. El asociado podrá ejercer los derechos ARCOPOL en lopd@donantenacional.es o al domicilio social de la Asociación.