**SOLICITUD DE SOCIO**

Por favor, responde a estas cuestiones.

**Es necesario rellenar los campos con (\*)**

**\*NOMBRE:………………………………………………\*APELLIDOS:………………………………………………………………………………..**

**\*D.N.I.:…………………………………………………… DIRECCIÓN POSTAL: …………………………………………………………… ……**

 **CIUDAD………………………………………………... PROVINCIA…………………………………\*CÓDIGO POSTAL:………………….**

 **TELÉFONO DE CONTACTO:………………………………….**

**\*E-MAIL: Si no se facilita es obligada la Dirección Postal**

Sexo: Soy Paciente: Familiar: Cuidador:

Me gustaría ser voluntario.

***SOLO EN CASO DE PACIENTE (los datos a continuación son voluntarios)***

Año del diagnóstico:

Edad cuando te diagnosticaron:

¿Tienes o has tenido Metástasis?

¿Te practicaron colostomía?

Actualmente ¿llevas bolsa?

**FIRMA Y FECHA.**

**AV I SO LEGAL PARA ASOCIADOS:**

La persona que facilita estos datos asegura ser el titular o tener autorización expresa para comunicarlo a EuropaColon España a efectos de su inscripción como miembro de esta.

En virtud del artículo 5.1 de la Ley 15/1999 de protección de Datos de Carácter personal, le informamos que los datos personales facilitados se incorporan a un fichero de socios titularidad de EuropaColon España, con la finalidad de gestión del contacto con el socio, envío de información y publicaciones sobre las actividades, eventos y otras cuestiones de interés relacionadas con la asociación. Asimismo, el socio recibirá las convocatorias para las Juntas celebradas por la asociación.

Informamos que puede ejercitar los derechos de acceso, modificación, cancelación u oposición respecto de sus datos personales por escrito mediante carta dirigida a EuropaColon España en Calle Lucio del Valle, 17. Bajo B 28003 Madrid