



FORMULARIO DE ADHESIÓN A LA ASOCIACIÓN DE AFECTADAS DE LIPEDEMA DE LA REGIÓN DE MURCIA

Con el fin de asociarse a ALIPEMUR, es necesaria la cumplimentación del siguiente formulario. El mismo deberá ser remitido, junto con el justificante del pago de la cuota, a info@alipemur.es

Nombre:	<input type="text"/>	Apellidos:	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>	Email:	<input type="text"/>
Dirección:	<input type="text"/>	Municipio:	<input type="text"/>
DNI:	<input type="text"/>	Fecha Nac.:	<input type="text"/>
Profesión:	<input type="text"/>		

- Condición:

Otro Afectada Familiar

- En caso de ser afectada, ¿tienes realizado un diagnóstico? Sí No

- ¿Qué tipo de Lipedema tienes? (Piernas: cadera a tobillo, rodilla a tobillo, cadera a muslo; brazos)

- ¿Qué grado de afectación tienes?

- ¿Qué médico/s has visitado?

- ¿Qué tipo de tratamiento realizas o has realizado para tratar el lipedema?:

Tto. Conservador Tto. Quirúrgico Ninguno

- ¿Dispones de prendas de compresión adecuadas para el Lipedema? ¿Cuáles?:

- ¿Qué crees que debería de hacer ALIPEMUR por todas las afectadas? ¿Cómo lo harías?:

- ¿Te gustaría colaborar activamente en la asociación? Sí No

CONDICIONES GENERALES

Cuota anual: 30€

Dicha cuota comprende un año desde la fecha de alta, no un año natural. La asociación enviará un email a la socia el mes antes a que se venza la fecha del siguiente pago a modo de recordatorio con el fin de que ésta lo realice en término.

La socia puede ejercer en cualquier momento su derecho a abandonar la asociación, no pagando la siguiente cuota, pero no le será devuelto ningún importe de la anualidad vigente.

Los pagos se realizarán anualmente especificando nombre y apellidos de la socia en la cuenta de Openbank número ES64 0073 0100 5705 0611 6157.

Mediante la cumplimentación este formulario solicito ser miembro de la Asociación de Afectadas de Lipedema de la Región de Murcia, declarando cumplir con los requisitos previstos en los estatutos sociales de la Asociación, manifestando expresamente los mismos y aceptarlos íntegramente.

Lugar y fecha:

Firma:

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y en la legislación nacional de desarrollo del mismo, le informamos de que tratamos la información que nos facilita con el fin de gestionar su alta en la Asociación. Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación con la asociación o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal. Usted tiene derecho a obtener confirmación sobre si en la Asociación de Afectadas de Lipedema de la Región de Murcia estamos tratando sus datos personales. Por tanto tiene derecho a acceder a sus datos personales, rectificar los datos inexactos o solicitar su supresión cuando los datos ya no sean necesarios. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación y portabilidad mediante correo electrónico a: info@alipemur.es

Asimismo, solicitamos su autorización para enviarle información sobre las actividades que se llevarán a cabo en la Asociación e información relativa al Lipedema:

- Sí
- No

Lugar y fecha:

Firma: