Zamora Sí

FICHA DE AFILIACIÓN

Nombre: _____ Apellidos: _____DNI:_____

F. Nacimiento: ___/___/_____ Profesión (opcional):_____

Localidad: _____ Provincia: _____ País:_____

E-mail: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____C.P.:_____

En caso de domiciliar la cuota rellene los siguientes datos:

Titular de la cuenta

Banco / Caja de ahorro

Domicilio Sucursal

IBAN	ENTIDAD	OFICINA	DC	Nº CUENTA CORRIENTE

En cumplimiento del Reglamento (UE) 879/2016, le informamos que si usted marca la casilla consiente:

☐ *Domiciliar la cuota aprobada por el órgano correspondiente de ZSí.*

☐ *Que sus datos pasen a formar parte de un fichero titularidad del Zamora Sí cuya finalidad es gestionar su afiliación y sean utilizados para remitir información acerca de nuestras actividades, novedades y servicios por cualquier medio, incluido sms o correo electrónico marque esta casilla. Igualmente le informamos que sus datos serán comunicados a la Agencia Tributaria para el correcto cumplimiento De las obligaciones legales y a las Entidades Bancarias.*

☐ *Acepto la política de privacidad. Usted garantiza qué los datos aportados son verdaderos, exactos, completos y actualizados, siendo responsable de cualquier daño o perjuicio, directo o indirecto, que pudiera ocasionarse como consecuencia del incumplimiento de tal obligación. Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y/o oposición, remitiendo una comunicación a la dirección de correo electrónico* ***afiliacion@zamorasi.com***

☐ *Conozco los deberes y derechos como afiliado/a establecidos en los Estatutos del Partido.*

En _____a ____de_____de_____

Fdo.