



Asociación Diabetes Valladolid-ADIVA

C/ Párroco Domiclo Cuadrado, 4 47004 Valladolid-NIF G47219373
Teléfono: 983 396 812 / info@diabetesvalladolid.com / www.Diabetesvalladolid.com

FICHA INSCRIPCIÓN SOCIO

DATOS PERSONALES

SOCIO N°:

Nombre: 1^{er} apellido:
2^o apellido: Móvil:
Domicilio: C.P.:
Localidad: Provincia:
Fecha de nacimiento: / / DNI: Profesión:
Email:

AUTORIZO el tratamiento referido a la tipología y fecha de diagnóstico de diabetes con el fin de adaptar a mis necesidades la acción de la Asociación:

SI NO Tipo de diabetes: Fecha diagnóstico: / /

Tipo tratamiento: Oral Pluma insulina Bomba(ISCI) Medición: No Si Tipo:

AUTORIZO la captación de mi imagen y su publicación en redes y medios de comunicación internos y externos a la Asociación:

SI NO

AUTORIZO mi inclusión en el grupo de la aplicación de mensajería de WhatsApp de la Asociación "FAMILIAS" comprometiéndome a guardar la confidencialidad del mismo: SI NO

Socio de número: Socio de protector: Socio de mérito:

SI ES MENOR DE EDAD

Padre/Tutor: DNI:
Email: Móvil:

AUTORIZO mi inclusión como padre/tutor en el grupo de la aplicación de mensajería de WhatsApp de la Asociación "FAMILIAS" comprometiéndome a guardar la confidencialidad del mismo: SI NO

AUTORIZO la captación de la imagen de mi hijo/a y su publicación en redes y medios de comunicación internos y externos a la Asociación: SI NO

AUTORIZO el tratamiento referido a la tipología y fecha de diagnóstico de diabetes con el fin de adaptar a mis necesidades la acción de la Asociación: SI NO

Madre/Tutora: DNI:
Email: Móvil:

AUTORIZO mi inclusión como madre/tutora en el grupo de la aplicación de mensajería de WhatsApp de la Asociación "FAMILIAS" comprometiéndome a guardar la confidencialidad del mismo: SI NO

AUTORIZO la captación de la imagen de mi hijo/a y su publicación en redes y medios de comunicación internos y externos a la Asociación: SI NO

AUTORIZO el tratamiento referido a la tipología y fecha de diagnóstico de diabetes con el fin de adaptar a mis necesidades la acción de la Asociación: SI NO

En Valladolid, a de de 20 .

Firma:

Firma Padre / Tutor:

Firma Madre / Tutora:

Desde ASOCIACIÓN DIABETES VALLADOLID "ADIVA" le informamos de que: "ADIVA" es RESPONSABLE del tratamiento de sus datos personales. FINALIDAD: Gestión de su alta como asociado en ADIVA. LEGITIMACIÓN: Relación asociado con ADIVA y el consentimiento prestado en su caso. DESTINATARIOS: Sus datos no serán cedidos a terceros salvo obligación legal aplicable o salvo que haya prestado su consentimiento. DERECHOS: Puede ejercer sus derechos a través de la dirección de correo administracion@diabetesvalladolid.com. Si desea más información acerca del tratamiento de sus datos puede consultarlos en nuestra web: <https://diabetesvalladolid.com/>





Asociación Diabetes Valladolid-ADIVA

C/ Párroco Domicio Cuadrado, 4 47004 Valladolid-NIF G47219373
Teléfono: 983 396 812 / info@diabetesvalladolid.com / www.Diabetesvalladolid.com

BONO FAMILIAR

1^{er} FAMILIAR	(Adulto)	DEL SOCIO N°:	<input type="text"/> -A
Nombre:	<input type="text"/>	1 ^{er} apellido:	<input type="text"/>
2 ^o apellido:	<input type="text"/>	Móvil:	<input type="text"/>
Parentesco:	<input type="text"/>	DNI:	<input type="text"/>
AUTORIZO la captación de mi imagen y su publicación en redes y medios de comunicación internos y externos a la Asociación: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		AUTORIZO el tratamiento referido al diagnóstico de diabetes con el fin de adaptar a mis necesidades la acción de la Asociación: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Tiene diabetes: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Socio de protector: <input type="checkbox"/>	

2^o FAMILIAR	(Adulto)	DEL SOCIO N°:	<input type="text"/> -B
Nombre:	<input type="text"/>	1 ^{er} apellido:	<input type="text"/>
2 ^o apellido:	<input type="text"/>	Móvil:	<input type="text"/>
Parentesco:	<input type="text"/>	DNI:	<input type="text"/>
AUTORIZO la captación de mi imagen y su publicación en redes y medios de comunicación internos y externos a la Asociación: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		AUTORIZO el tratamiento referido al diagnóstico de diabetes con el fin de adaptar a mis necesidades la acción de la Asociación: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Tiene diabetes: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Socio de protector: <input type="checkbox"/>	

3^{er} FAMILIAR	(menor)	DEL SOCIO N°:	<input type="text"/> -C
Nombre:	<input type="text"/>	1 ^{er} apellido:	<input type="text"/>
2 ^o apellido:	<input type="text"/>	Parentesco:	<input type="text"/>
Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/>	Móvil:	DNI:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>	DNI:	<input type="text"/>
AUTORIZO la captación de la imagen del menor/es y su publicación en redes y medios de comunicación internos y externos a la asociación: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		AUTORIZO el tratamiento referido al diagnóstico de diabetes con el fin de adaptar a mis necesidades la acción de la Asociación: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Tiene diabetes el menor: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Socio de protector: <input type="checkbox"/>	

4^o FAMILIAR	(menor)	DEL SOCIO N°:	<input type="text"/> -D
Nombre:	<input type="text"/>	1 ^{er} apellido:	<input type="text"/>
2 ^o apellido:	<input type="text"/>	Parentesco:	<input type="text"/>
Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/>	Móvil:	DNI:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>	DNI:	<input type="text"/>
AUTORIZO la captación de la imagen del menor/es y su publicación en redes y medios de comunicación internos y externos a la asociación: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		AUTORIZO el tratamiento referido al diagnóstico de diabetes con el fin de adaptar a mis necesidades la acción de la Asociación: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Tiene diabetes el menor: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Socio de protector: <input type="checkbox"/>	

En Valladolid, a de de 20 .

Firma:

Firma Padre / Tutor:

Firma Madre / Tutora: