Nº de Afiliación: _____

FUNDACIÓN RETINA ESPAÑA
C/ Magallanes – 14, 1º c. Izda.
28015 MADRID
Teléfono: 91 521 60 84 / Fax: 91 521 05 83
E'mail: info@retina.es http:// www.retina.es
(Inscrita en el Registro de Fundaciones con Nº 931)

Solicitud de Afiliación

Yo,.....mayor de edad, nacido en....., el..... de.....de 19....., con NIF nº....., residente en ..... Calle..... nº..... código postal....., localidad....., provincia....., nº de teléfono....., e mail....., y profesión.....

SOLICITO

Ser afiliado de la Fundación Retina España en calidad de:

Afectado ☐ Familiar ☐ Simpatizante ☐ Profesional ☐ Colaborador ☐

Estoy interesado en recibir información: SÍ ☐ NO ☐

Acepto afiliarme a la Fundación Retina España mediante una aportación económica anual de _____euros (cuantía mínima de 20€), que realizaré

☐ Con cargo a mi C/C nº ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

☐ Mediante transferencia bancaria a los siguientes nº de cuenta:

Caja Madrid: 2038/1170/36/6000431508

Banco Popular: 0075/0001/89/06070201/54

Y para que conste, firmo la presente solicitud en:

....., a..... de ..... de 20.....

Fdo.:.....

Notas:

1. Las aportaciones voluntarias se consideran donativos e implican desgravación fiscal para el afiliado que los hace.
2. La información recogida en esta solicitud pasará a formar parte de un Fichero registrado a nombre de la Fundación Retina España ante la Oficina de Protección de Datos de Carácter Personal, según lo establecido en la Ley 62/2003 de 30 de diciembre. La Fundación Retina España se compromete a no hacer uso de dicha información sin la autorización expresa del interesado, quien siempre podrá modificarla solicitándolo por escrito.