CLUB ATLETISMO LAS ROZAS

DOCUMENTO DE ALTA ABONADOS ADULTOS

FECHA DE ALTA		
NOMBRE Y APELLIDOS		
DNI		
FECHA DE NACIMIENTO		
DIRECCIÓN (completa-Código Postal y Municipio)		
EMAIL		
TELÉFONO		
FEDERACIÓN si estás federado Nº licencia		
Nº DE CUENTA BANCARIA		**ES**
TITULAR	**NOMBRE APELLIDOS**	
	DNI	

DÍAS DE ENTRENAMIENTO ELEGIDOS

	MARTES –JUEVES 19:30/20:00	

SOLICTIUD DE CONSENTIMIENTO PARA RECOGIDA Y CESIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

D./Dª……..con DNI……

☐ Autoriza a que sus datos personales incluidos en la solicitud que se acompaña sean tratados por Club Atletismo Las Rozas, con domicilio en la calle Castillo de Arévalo, 5 – 28232 Las Rozas de Madrid, para la gestión de sus abonados.

Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición. También dispone del derecho de limitación del tratamiento relativo a su persona y del derecho de eliminación y de transferencia de datos personales transmitidos al responsable del tratamiento.

Podrá ejercitar estos derechos ante el Club Atletismo Las Rozas en la dirección anteriormente indicada, mediante solicitud escrita acompañada de una copia del DNI.

Todo lo anterior se le informa en cumplimiento de la normativa del Reglamento europeo de Protección de Datos (RGPD) y de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal y Garantía de los Derechos Digitales (LOPDGDD).

☐ Con la finalidad de beneficiarse de los descuentos, autoriza que el nombre, apellidos y DNI del titular de la cuenta bancaria, sea facilitado a los establecimientos con los que el Club tenga un acuerdo para sus abonados

FECHA Y FIRMA