PLAYROOM STUDIO TENERIFE

A RELLENAR POR PLAYROOM STUDIO TENERIFE

N.º de Colaborador: _____

Fecha de Alta: _____/_____/_____

COLABORADOR PLAYROOM STUDIO TENERIFE

CUOTA MENSUAL:

☐ 10 Euros ☐ 80 Euros

☐ 20 " ☐ 100 "

☐ 40 " ☐ ____ (otra cantidad)

☐ 60 "

Apellidos y nombre_____

D.N.I.: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ C. P. _____

Provincia: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico:_____

DOMICILIACIÓN BANCARIA

Sr. Director, ruego que a partir de la fecha se sirvan atender con cargo a mi cuenta los recibos que emita la Asociación Playroom Studio Tenerife.

Banco/Caja de Ahorros: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____

Provincia: _____

Iban	Entidad	Sucursal	D. C.	Nº Cuenta

Titular de la Cuenta: _____

S/C de Tenerife, a de de 20

Firma del Titular

Los datos serán tratados y protegidos según la L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
El titular de los mismos podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante petición escrita dirigida a Asociación Playroom Studio Tenerife, con domicilio a efectos de notificaciones en C/ Franco de Medina 52, 1º Derecha, 38320 – San Cristóbal de La Laguna.