



FECHA DE ALTA:

NÚMERO DE SOCIO

NOMBRE:

APELLIDOS:

DNI:

FECHA DE NACIMIENTO:

DIRECCIÓN:

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

CÓDIGO POSTAL:

TELÉFONOS:

CORREO ELECTRÓNICO:

PACIENTE DE CROHN

PACIENTE DE COLITIS ULCEROSA

COLABORADOR

HOSPITAL DE REFERENCIA:

Al ser uno de los fines de APECCU la ayuda entre los propios socios que la forman, consideramos que puede ser interesante proporcionar sus datos a otros asociados para facilitarles el contacto. Para ello pedimos su autorización, para facilitar su nombre y número de teléfono, comunicándoles antes que vamos a proceder a ello.

Autorizo a APECCU ALICANTE a facilitar mis datos a otros asociados:

SI

NO

Sede: Casa de la Cultura de Sant Joan D'Alacant, Calle del Mar s/ n.

Teléfono: 633301175

Email: apecualacant@gmail.com

Los datos de carácter personal que nos facilite mediante este formulario quedarán registrados en un fichero de APECCU, no serán facilitados en ningún lugar sin su autorización. Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en apecualacant@gmail.com