

# FICHA DE INSCRIPCIÓN DE SOCIOS DE NÚMERO



Asociación de Enfermedades Raras  
de Castilla y León  
CIF: G37539293  
C/ Abraham Zacut 9, 37003 Salamanca

**A rellenar por AERSCYL**

Tipo de socio:  
Nº de socio:  
Fecha de alta:  
Fecha de baja:

## DATOS PERSONALES

**Por favor, rellenar en mayúsculas**

### DATOS DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RARA O SIN DIAGNOSTICAR

NOMBRE \* \_\_\_\_\_ APELLIDOS \* \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: (DD/MM/AAAA) \* \_\_\_\_\_ DNI \* \_\_\_\_\_

### DATOS DE LOS PROGENITORES (imprescindible si el paciente es menor de edad)

NOMBRE \* \_\_\_\_\_ APELLIDOS \* \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: (DD/MM/AAAA) \* \_\_\_\_\_ DNI \* \_\_\_\_\_

NOMBRE \* \_\_\_\_\_ APELLIDOS \* \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: (DD/MM/AAAA) \* \_\_\_\_\_ DNI \* \_\_\_\_\_

### DATOS DE CONTACTO

DOMICILIO \* \_\_\_\_\_

CÓDIGO POSTAL \* \_\_\_\_\_ POBLACIÓN \* \_\_\_\_\_ PROVINCIA \* \_\_\_\_\_

TELÉFONO FIJO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO MOVIL \* \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO \* \_\_\_\_\_

**Los datos con asterisco son obligatorios.**

**Fecha y firma de los adultos:**

....., a                      de                      de

Firmado: \_\_\_\_\_ Firmado: \_\_\_\_\_

# FICHA DE INSCRIPCIÓN DE SOCIOS DE NÚMERO



Asociación de Enfermedades Raras  
de Castilla y León  
CIF: G37539293  
C/ Abraham Zacut 9, 37003 Salamanca

A rellenar por AERSCYL

Tipo de socio:

Nº de socio:

Fecha de alta:

Fecha de baja:

## DATOS MÉDICOS

### DATOS DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RARA O SIN DIAGNOSTICAR

Edad del primer diagnóstico:

---

Diagnóstico actual:

---

---

Síntomas:

---

---

Hospital/es a los que acude a revisiones:

---

---

---

Especialista/s que le tratan:

---

---

---

---

Tratamientos médicos que tiene actualmente:

---

---

---

---

Fecha y firma de los adultos:

....., a

de

de

Firmado: \_\_\_\_\_ Firmado: \_\_\_\_\_

# FICHA DE INSCRIPCIÓN DE SOCIOS DE NÚMERO



Asociación de Enfermedades Raras  
de Castilla y León  
CIF: G37539293  
C/ Abraham Zacut 9, 37003 Salamanca

**A rellenar por AERSCYL**

Tipo de socio:

Nº de socio:

Fecha de alta:

Fecha de baja:

Terapias a las que acude (indicar si de manera privada o pública):

---

---

---

---

---

Comentarios:

---

---

---

---

---

¿Ha pedido valoración para discapacidad?:

Si \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Porcentaje: \_\_\_\_\_ %

No \_\_\_\_\_ Me gustaría pedirla: \_\_\_\_\_

¿Qué espera de la asociación?:

---

---

---

---

---

Fecha y firma de los adultos:

....., a de de

Firmado: \_\_\_\_\_ Firmado: \_\_\_\_\_

# FICHA DE INSCRIPCIÓN DE SOCIOS DE NÚMERO



Asociación de Enfermedades Raras  
de Castilla y León  
CIF: G37539293  
C/ Abraham Zacut 9, 37003 Salamanca

**A rellenar por AERSCYL**

Tipo de socio:  
Nº de socio:  
Fecha de alta:  
Fecha de baja:

## IMPRESO CONSENTIMIENTO E INFORMACIÓN DEL TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL DE LOS SOCIOS

De conformidad con la Ley Orgánica 15-1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, Ud. queda informado/a que sus datos personales pasarán a formar parte de un Fichero titularidad de "AERSCYL" – Asociación de Enfermedades Raras de Castilla y León, debidamente inscrito en el Registro de la Agencia Española de Protección de Datos, con la finalidad de prestar servicios de ayuda y asesoramiento a los asociados, gestión de los socios, aportaciones y donaciones, campañas y otras acciones, así como informarle de las actividades promovidas por la asociación. Los datos proporcionados no serán comunicados a terceros, salvo a los profesionales o colaboradores de "AERSCYL – Asociación de Enfermedades Raras de Castilla y León"; a las entidades colaboradoras, a la federación de asociaciones españolas y a la federación internacional; así como los estamentos oficiales que por ley exijan la cesión.

De no facilitarse los datos solicitados marcados con (\*) en el presente formulario, no será posible su inscripción como socio de esta entidad.

Se le informa de sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podrá ejercer dirigiéndose a Asociación de Enfermedades Raras de Castilla y León, C/ Abraham Zacut, 9 – 37003 Salamanca o al email: [aers2014@yahoo.es](mailto:aers2014@yahoo.es) , medios de contacto a través de los cuales, se le facilitará de forma totalmente gratuita por el personal de la asociación, impreso tipo a rellenar a tal fin, y al que asimismo deberá adjuntar Fotocopia del D.N.I. del titular de los datos, o documento acreditativo si actúa como representante del titular de los datos.

En este sentido, y a los efectos de la constancia expresa de su consentimiento para que sus datos sean tratados por "AERSCYL – Asociación de Enfermedades Raras de Castilla y León" para dar cumplimiento a las finalidades anteriormente indicadas, así como para remitirle cualquier tipo de información relativa con la asociación por cualquier medio de comunicación, incluida la vía electrónica, rogamos marque la siguiente casilla:

**SI CONSIENTO** *que se me remita a través del mail que he facilitado a la Asociación, el envío de correos electrónicos con cualquier tipo de información relativa a la misma.*

Mediante la firma del presente documento, el/la interesado/a presta su consentimiento para el tratamiento de sus datos con los fines arriba previstos, manifestando así mismo bajo su total y absoluta responsabilidad sobre la veracidad de los mismos.

**Fecha y firma de los adultos:**

....., a de de

Firmado: \_\_\_\_\_ Firmado: \_\_\_\_\_

# FICHA DE INSCRIPCIÓN DE SOCIOS DE NÚMERO



Asociación de Enfermedades Raras  
de Castilla y León  
CIF: G37539293  
C/ Abraham Zacut 9, 37003 Salamanca

**A rellenar por AERSCYL**

Tipo de socio:

Nº de socio:

Fecha de alta:

Fecha de baja:

## PAGO CUOTA SOCIO/A

- \* La cuota acordada en 2014 para pertenecer a la Asociación es de 50 euros anuales por afectado. Si en la familia hay más de un afectado que desee asociarse se abonarán a mayores, 10€ más por miembro.
- \* Estas cuotas se revisaran anualmente en la Asamblea de socios.
- \* El pago podrá realizarse en pago único o fraccionado.
- \* El pago único de 50 € se realizará dentro de los diez primeros días del mes de febrero.
- \* El pago fraccionado será semestral, realizándose el primer pago de 25 € dentro de los diez primeros días del mes de febrero, y otros 25 € dentro de los diez primeros días del mes de julio.
- \* El NO PAGO DE LA CUOTA o fracción se considerará como voluntad del/a asociado/a de causar baja en AERSCYL (según se establece en los estatutos de la Asociación).
- \* La CUOTA, ya sea pago único o fraccionado se efectuará mediante domiciliación bancaria, para lo que es imprescindible entregar rellenado y correctamente firmado el documento de Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA que se adjunta a continuación.

# FICHA DE INSCRIPCIÓN DE SOCIOS DE NÚMERO



Asociación de Enfermedades Raras  
de Castilla y León  
CIF: G37539293  
C/ Abraham Zacut 9, 37003 Salamanca

**A rellenar por AERSCYL**

Tipo de socio:  
Nº de socio:  
Fecha de alta:  
Fecha de baja:

## CESIÓN DE DERECHOS DE IMAGEN DE MENORES

Doña \_\_\_\_\_ con DNI Nº \_\_\_\_\_  
y Don \_\_\_\_\_ con DNI Nº \_\_\_\_\_

Con domicilio en \_\_\_\_\_, en calidad de  
titulares de la patria potestad de su hija/hijo, \_\_\_\_\_, menor de edad:

**AUTORIZA/N** a la ASOCIACIÓN DE ENFERMEDADES RARAS DE CASTILLA Y LEÓN (AERSCYL) a que la mencionada Asociación utilice la imagen de su hija/hijo \_\_\_\_\_ en todos los actos y proyectos que realice conforme a sus fines sociales.

Igualmente, **AUTORIZA/N** a AERSCYL con domicilio en c/ La Bañeza 7, bajo 37006 SALAMANCA a que fije su imagen de forma total o parcial, mediante sistemas de foto fija, para su utilización en los diferentes actos y proyectos; cediendo a AERSCYL, con facultad de cesión a terceros, en el marco de futuras actividades que realice la Asociación, la totalidad de los derechos de explotación de su imagen fijada y sobre los materiales que la incorporan, incluidos los derechos de reproducción, comunicación pública, distribución, puesta a disposición interactiva y transformación en orden a la explotación de la serie por cualquier medio y formato, comprendiéndose entre ellos, sin perjuicio de otros conocidos no mencionados, la exhibición en televisión en todos los sistemas (digital terrestre, cable, satélite, de pago, abierta y gratuita, etc.), Internet, distribución en video doméstico, en todos los formatos, (dvd, cinta analógica, cd, etc).

Asimismo, quedan informados de su derecho de revocar esta autorización en su totalidad o para un acto o proyecto concreto, y de que dicha revocación únicamente podrá realizarse de forma expresa por escrito remitiendo el mismo, o bien a la dirección de correo de la Asociación Salamanca, calle La Bañeza 7 bajo, o bien, a través del correo electrónico [aers2014@yahoo.es](mailto:aers2014@yahoo.es)

**CONSIENTEN** expresamente que sus datos personales y los de su hijo/a aportados en la inscripción, así como los derivados de la imagen pasen a formar parte de un fichero titularidad de ASOCIACIÓN DE ENFERMEDADES RARAS DE CASTILLA Y LEÓN con domicilio en c/ La Bañeza 7 - bajo, 37006 SALAMANCA, quedando informados de que podrán ejercitar en todo momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de los que es titular, mediante notificación en el domicilio de AERSCYL, así como a través de la cuenta de correo electrónico.

\_\_\_\_\_  
**MADRE**

6

\_\_\_\_\_  
**PADRE**

# FICHA DE INSCRIPCIÓN DE SOCIOS DE NÚMERO



Asociación de Enfermedades Raras  
de Castilla y León  
CIF: G37539293  
C/ Abraham Zacut 9, 37003 Salamanca

A rellenar por AERSCYL

Tipo de socio:  
Nº de socio:  
Fecha de alta:  
Fecha de baja:

## CESIÓN DE DERECHOS DE IMAGEN DE ADULTOS

Doña \_\_\_\_\_ con DNI Nº \_\_\_\_\_ y  
Don \_\_\_\_\_ con DNI Nº \_\_\_\_\_, y  
domicilio en \_\_\_\_\_.

**AUTORIZA** a la ASOCIACIÓN DE ENFERMEDADES RARAS DE CASTILLA Y LEÓN (AERSCYL) a que la mencionada Asociación utilice su imagen en todos los actos y proyectos que realice conforme a sus fines sociales.

Igualmente, **AUTORIZA** a AERSCYL con domicilio en c/ La Bañeza 7, bajo 37006 SALAMANCA a que fije su imagen de forma total o parcial, mediante sistemas de foto fija, para su utilización en los diferentes actos y proyectos; cediendo a AERSCYL, con facultad de cesión a terceros, en el marco de futuras actividades que realice la Asociación, la totalidad de los derechos de explotación de su imagen fijada y sobre los materiales que la incorporan, incluidos los derechos de reproducción, comunicación pública, distribución, puesta a disposición interactiva y transformación en orden a la explotación de la serie por cualquier medio y formato, comprendiéndose entre ellos, sin perjuicio de otros conocidos no mencionados, la exhibición en televisión en todos los sistemas (digital terrestre, cable, satélite, de pago, abierta y gratuita, etc.), Internet, distribución en video doméstico, en todos los formatos, (dvd, cinta analógica, cd, etc).

Asimismo, queda informado/a de su derecho de revocar esta autorización en su totalidad o para un acto o proyecto concreto, y de que dicha revocación únicamente podrá realizarse de forma expresa por escrito remitiendo el mismo, o bien a la dirección de correo de la Asociación Salamanca, calle La Bañeza 7 bajo, o bien, a través del correo electrónico [aers2014@yahoo.es](mailto:aers2014@yahoo.es)

**CONSIENTE** expresamente que sus datos personales que constan en la inscripción, así como los derivados de la imagen pasen a formar parte de un fichero titularidad de ASOCIACIÓN DE ENFERMEDADES RARAS DE CASTILLA Y LEÓN con domicilio en c/ La Bañeza 7 - bajo, 37006 SALAMANCA, quedando informado/a de que podrá ejercitar en todo momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de los que es titular, mediante notificación en el domicilio de AERSCYL, así como a través de la cuenta de correo electrónico.

Fdo:

Fdo:

# FICHA DE INSCRIPCIÓN DE SOCIOS DE NÚMERO



Asociación de Enfermedades Raras  
de Castilla y León  
CIF: G37539293  
C/ Abraham Zacut 9, 37003 Salamanca

A rellenar por AERSCYL

Tipo de socio:  
Nº de socio:  
Fecha de alta:  
Fecha de baja:

Logotipo  
Acreedor  
  
Logo Creditor

## Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA B2B SEPA Business-to-Business Direct Debit Mandate

Referencia de la orden de domiciliación:

Mandate reference

La referencia del mandato no puede exceder de 35 caracteres y solo puede contener caracteres: A-Z, a-z, 0-9+/-.  
Mandate Reference may not exceed 35 characters and must consist of the following characters only: A-Z, a-z, 0-9+/-.

A cumplimentar por el acreedor - to be completed by the creditor

Identificador del acreedor :

Creditor Identifier

Dato facilitado por su entidad.

Nombre del Acreedor : \_\_\_\_\_

Creditor's Name

Dirección : \_\_\_\_\_

Address

Código Postal – Población : \_\_\_\_\_

Postal Code- City

Provincia – País : \_\_\_\_\_

Town-Country

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Esta orden de domiciliación está prevista para operaciones exclusivamente entre empresas y/o autónomos. El deudor no tiene derecho a que su entidad le reembolse una vez que se haya realizado el cargo en cuenta, pero puede solicitar a su entidad que no efectúe el adeudo en la cuenta hasta la fecha debida. Podrá obtener información detallada del procedimiento en su entidad financiera.

By signing this mandate form, you authorize (A) [NAME OF CREDITOR] to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from [NAME OF CREDITOR]. This mandate is only intended for business-to-business transactions. You are not entitled to a refund from your bank after your account has been debited, but you are entitled to request your bank not to debit your account up until the day on which the payment is due. Please contact your bank for detailed procedures in such a case.

A cumplimentar por el deudor / to be completed by the debtor

Nombre del deudor/es : \_\_\_\_\_  
(Titular/es de la cuenta de cargo- Account holder/s)

Name of the debtor(s)

Dirección del deudor : \_\_\_\_\_

Address of the debtor

Código postal - Población : \_\_\_\_\_

Postal code and city of the debtor

Provincia - País del deudor : \_\_\_\_\_

Town- Country of the debtor

Swift-BIC del banco deudor :

Swift-BIC of the debtor bank

Número de cuenta- IBAN : \_\_\_\_\_

Account number of the debt- IBAN

En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando por ES  
Spanish IBAN up to 24 positions starting by ES

Tipo de pago :  Pago recurrente  Pago único  
Recurrent payment or One/off payment

Type of payment

Este mandato se puede usar para adeudos recurrentes

Este mandato únicamente se puede usar una sola vez

Fecha - Localidad : \_\_\_\_\_

Date, location in which you are signing

Firma/s del deudor/es : \_\_\_\_\_

Signature(s) of the debtor(s)

TODOS LOS TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.  
UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.  
LA ENTIDAD DE DEUDOR REQUIERE AUTORIZACIÓN DE ÉSTE PREVIA AL CARGO EN CUENTA DE LOS ADEUDOS DIRECTOS B2B.  
EL DEUDOR PODRÁ GESTIONAR DICHA AUTORIZACIÓN CON LOS MEDIOS QUE SU ENTIDAD PONGA A SU DISPOSICIÓN.