

AUTORIZACIÓN DOMICILIACIÓN BANCARIA DE RECIBOS a favor de ASPAYM-GRANADA

.....
(Nombre, Apellidos y DNI del firmante)

Con domicilio..... CP

Población..... Provincia

AUTORIZA

A la Asociación de Paraplégicos y Grandes Discapacitados Físicos de Granada (ASPAYM) con CIF: G-18056374 desde la fecha presente y con carácter indefinido en tanto no se comuniquen lo contrario, a efectuar los cobros de CUOTAS DE SOCIO mediante recibo bancario a la cuenta bancaria especificada en la presente autorización, según lo exige la Ley de Servicios de Pagos 16/2009.

Nombre del titular o titulares de la cuenta:

Nombre del Banco o Caja:

Entidad	Sucursal	D.C.	Número de cuenta

En _____ a _____ de _____ de 201_

Fdo. _____

OBSERVACIONES:

1. El abajo firmante es conocedor de que los datos bancarios reseñados a continuación se incorporarán a un fichero de datos del que es responsable el titular del centro y que tienen por objeto la adecuada organización y prestación de la gestión del cobro de las cuotas de socios de ASPAYM.
2. Asimismo, el abajo firmante consiente que los datos relativos a su cuenta de cargo sean transferidos a la entidad con la que trabaja la Asociación para la adecuada gestión informatizada del cobro de las cuotas de socios de ASPAYM.
3. Igualmente garantiza la veracidad de los datos bancarios facilitados y se compromete a proporcionar a ASPAYM cualquier actualización de los mismos.
4. Por último, y de conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, ASPAYM le reconoce los derechos de acceso, cancelación y rectificación mediante comunicación dirigida a la Asociación al domicilio social C/Escritor Miguel del Toro, nº7 18006 Granada, acompañando en su caso copia del D.N.I. o cualquier otro medio válido en derecho que permita acreditar su identidad.