

# HOJA DE AFILIACIÓN



Nota: No cumplimentar las casillas sombreadas en azul.  
Rellenar con tinta negra.

0 1      PROVINCIA        MUNICIPIO          N° AFILIADO              DISTRITO

APELLIDOS

NOMBRE       ENVÍOS

F. NACIMIENTO  /  /       D.N.I. ó N.I.E.

PROFESION           ESTUDIOS         SEXO

0 2

LOCALIDAD       C. POSTAL

DOMICILIO       PROVINCIA

TEL. FIJO       TEL. PROFESIONAL       TEL. MÓVIL

CUOTA       PERIODICIDAD       FORMA DE PAGO

E-MAIL       PAÍS DE ORIGEN

0 3      A RELLENAR SI LA MODALIDAD DE PAGO ELEGIDA ES LA DE RECIBO POR BANCO

|                         |                      |
|-------------------------|----------------------|
| TITULAR DE LA CUENTA    | <input type="text"/> |
| BANCO / CAJA DE AHORROS | <input type="text"/> |
| DOMICILIO SUCURSAL      | <input type="text"/> |

| CÓDIGO  | CUENTA  | CLIENTE                                   | C.C.C.  |
|---|---|---|---|
| Entidad   | Oficina   | DC  | Nª Cuenta Corriente   |
| <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

|                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| PRESENTADO POR: | PRESENTADO POR: |
| FIRMA:          | FIRMA:          |
| D.N.I.          | D.N.I.          |

\_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del Afiliado



En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos, le informamos que autoriza a que los datos solicitados pasen a formar parte de los ficheros del Partido Popular, con domicilio en C/ Génova, 13 - 28004 Madrid, con la finalidad de gestionar su participación y ofrecerle información acerca de nuestras actividades por correo ordinario, electrónico, SMS u otro medio de comunicación electrónica equivalente, ante las cuales podrá ejercer sus derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición al tratamiento de la información que le concierne, dirigiéndose por escrito al Partido Popular, acompañado por una fotocopia del DNI.

Si no desea ser informado de nuestras actividades, marque esta casilla:

SR. DIRECTOR BANCO O CAJA DE AHORROS

SUCURSAL N° \_\_\_\_\_ DOMICILIO SUCURSAL \_\_\_\_\_

MUNICIPIO \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Muy Sr. mío:

Ruego a Vd. que hasta nuevo aviso, haga efectivos al Partido Popular, en concepto de cuota de asociación, los recibos que le presente por Euros \_\_\_\_\_ con cargo a mi cuenta corriente / Libreta de Ahorro N° \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ NOMBRE Y APELLIDOS \_\_\_\_\_

Firma