



Formulari d'Alta Socis de Vides Mágiques

Informació Personal:

- Nom complet:
- NIF/CIF:
- Data de naixement:
- Telèfon de contacte:
- Email :
- Domicili:
- Població:
- Cod.Postal:

TIPUS DE SOCI

- | | | |
|--------------------------------------|-----------------|--------------------------|
| ☐ ESTEL SOLIDÀRI | 15 €/TRIMESTRE | ☐ |
| ☐ AS MÀGIC | 30 €/TRIMESTRE | ☐ |
| ☐ COR MÀGIC | 50 €/TRIMESTRE | ☐ |
| ☐ ÀNGEL MÀGIC | ___ €/TRIMESTRE | ☐ |

EMPRESSES

- | | | |
|---------------------------------------|----------------------|--------------------------|
| ☐ Virtuosos Màgic | Aportació fins 500 € | ☐ |
| ☐ Mags de Llum | Aportació més 500 € | ☐ |

Preferències de Comunicació:

- ¿Vols rebre actualitzacions per correu electrònic? Sí / No

Aceptació de Termes y Condiciones:

- Declaro que he llegit i accepto els termes i condicions de membres de Vides Mágiques.

A _____, el _____ de _____ de 20____.

Signatura: _____

AUTORIZACIO D'US DE DADES PERSONALES

Autoritzo a ASOCIACIÓN VIDES MÁGICAS, amb NIF G56262827 i amb domicili Rambla Josep Tarradellas 18, 6º, 2ª, 08860 Castelldefels, Barcelona, Espanya; és qui actua com a responsable del tractament de dades personals, perquè en els termes legalment establerts, faci la recollida, emmagatzemage, ús, circulació, supressió i, en general, el tractament de les meves dades personals que he procedit a lliurar tal y como disposa la LLei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i Garantía de Drets Digitals (LOPDGDD) y el Reglament (UE) 2016/679, general de protecció de dades (RGPD). En aquest sentit, afirmo que he estat informat que l'ús de les meves dades personals té la finalitat següent: Enviar informació de les activitats, tant de l'Associació, com dels seus col.laboradors. S'informa de que les dades personals poden ser cedides i tractades per tercers. Amb la signatura de la present autorització, consenteixo expressament la cessió de dades personals a tercers.

L'interessat podrà exercir els seus drets d'accés, rectificació, supressió, limitació, portabilitat i oposició adreçant la sol·licitud al correu electrònic: vidasmagicas.org@gmail.com



Ordre de domiciliació de carrec SEPA

A emplenar pel creditor

Referència de l'ordre de domiciliació: _____
Identificació del creditor: ES2001G52262827 _____
Nom del creditor: ASOCIACION VIDAS MAGICAS _____
Adreça: Rambla Josep Tarradellas 18, 6º, 2ª _____
Codi postal – Població – Província: 08860 - Castelldefels – Barcelona _____
País: Espanya _____

Mitjançant la signatura d'aquesta ordre de domiciliació, el deutor autoritza (A) al creditor a enviar instruccions a l'entitat del deutor per deure el vostre compte i (B) a l'entitat a efectuar els càrrecs al vostre compte seguint les instruccions del creditor. Com a part dels seus drets, el deutor està legitimat al reemborsament per la seva entitat en els termes i condicions del contracte subscrit amb aquesta. La sol·licitud de reemborsament s'ha d'efectuar dins les vuit setmanes que segueixen la data de càrrec en compte. Podeu obtenir informació adicional sobre els vostres drets a la vostra entitat financera.

Nom del Deutor/s: _____
Adreça del Deutor: _____
Codi postal – Població – Província: _____
País del deutor: _____
Swift BIC (pot contenir 8 u 11 posicions): _ _ _ _ _
Número de compte – IBAN: _ _ _ _ _
(a Espanya l'IBAN consta de 24 posicions començant sempre per ES)
Tipus de pagament: _____ Pagament recurrent o _____ Pagament únic
Data – Localitat: _____

Signatura del deutor:

TOTS ELS CANVIS HAN DE SER COMPLIMENTATS OBLIGATÒRIAMENT.
UNA VEGADA SIGNADA AQUESTA ORDRE DE DOMICILIACIÓ HA DE SER ENVIADA A L'ACREEDOR PER LA SEVA CUSTODIA.

OMPLIR I ENVIAR SIGNAT

- AL CORREO vidasmagicas.org@gmail.com
- WHATSAPP [607188261](https://www.whatsapp.com/channel/0025130607188261)