



Formulario de Alta para Socios de Vidas Mágicas

Información Personal:

- Nombre completo:
- NIF/CIF:
- Teléfono de contacto:
- Domicilio:
- Población:
- Fecha de nacimiento:
- Email :
- Cod.Postal:

TIPO DE SOCIO

- | | | |
|--|-----------------|--------------------------|
| ☐ ESTRELLA SOLIDARIA | 15 €/TRIMESTRE | ☐ |
| ☐ AS MÁGICO | 30 €/TRIMESTRE | ☐ |
| ☐ CORAZÓN MÁGICO | 50 €/TRIMESTRE | ☐ |
| ☐ ÁNGEL MÁGICO | ___ €/TRIMESTRE | ☐ |

EMPRESAS

- | | | |
|---|------------------------|--------------------------|
| ☐ Virtuosos Mágicos | Aportación hasta 500 € | ☐ |
| ☐ Magos de luz | Aportación más 500 € | ☐ |

Preferencias de Comunicación:

- ¿Deseas recibir actualizaciones por correo electrónico? Sí / No

Aceptación de Términos y Condiciones:

- Declaro que he leído y acepto los términos y condiciones de membresía de Vidas Mágicas.

En _____, el _____ de _____ de 20_____.

Firma: _____

AUTORIZACION DE USO DE DATOS PERSONALES

Autorizo a ASOCIACION VIDAS MAGICAS, con NIF G56262827 y con domicilio Rambla Josep Tarradellas 18, 6º, 2ª, 08860 Castelldefels, Barcelona, España; es quien actúa como responsable del tratamiento de datos personales, para que en los términos legalmente establecidos, realice la recogida, almacenamiento, uso, circulación, supresión y, en general, el tratamiento de mis datos personales que he procedido a entregar, tal y como dispone la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de Derechos Digitales (LOPDGDD) y el Reglamento (UE) 2016/679, general de protección de datos (RGPD). En este sentido, afirmo que he sido informado que el uso de mis datos personales tiene la siguiente finalidad: Enviar información de las actividades, tanto de la Asociación, como de sus colaboradores.

Se informa de que los datos personales pueden ser cedidos y tratados por terceros. Con la firma de la presente autorización, consiento expresamente la cesión de datos personales a terceros.

El interesado podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad y oposición dirigiendo su solicitud al siguiente correo electrónico: vidasmagicas.org@gmail.com



Orden de domiciliación de adeudo SEPA

A cumplimentar por el acreedor

Referencia de la orden de domiciliación:	_____
Identificación del acreedor:	ES2001G52262827 _____
Nombre del acreedor:	ASOCIACION VIDAS MAGICAS _____
Dirección:	Rambla Josep Tarradellas 18, 6º, 2ª _____
Código postal – Población – Provincia:	08860 - Castelldefels – Barcelona _____
País:	España _____

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. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

Nombre del deudor/es:	_____
Dirección del Deudor:	_____
Código postal – Población – Provincia:	_____
País del deudor:	_____
Swift BIC (puede contener 8 u 11 posiciones):	__ _ _ _ _
Número de cuenta – IBAN:	__ _ _ _ _
(En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando siempre por ES)	
Tipo de pago:	__ Pago recurrente o __ Pago único
Fecha – Localidad:	_____
Firma del deudor:	

TODOS LOS CAMBIOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.
UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACION DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.

RELLENAR Y ENVIAR FIRMADO

- AL CORREO vidasmagicas.org@gmail.com
- WHATSAPP [607188261](https://www.whatsapp.com/channel/00251304000000000000)