



Formulario Voluntario / Colaborador

Nombre:	<input type="text"/>
Apellidos:	<input type="text"/>
Profesión:	<input type="text"/>
Edad:	<input type="text"/>
Correo electrónico:	<input type="text"/>
¿Quieres ser voluntario/a?	
¿Quieres ser Colaborador/a?	
¿De qué forma?	
<input type="text"/>	
Dirección:	<input type="text"/>
Ciudad:	<input type="text"/>
Teléfono/s:	<input type="text"/>
Código postal:	<input type="text"/>

En a de de 20

Firma

Enviar formulario cumplimentado a info@anpepilepsia.org

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica de Protección de Datos 15/99 de 13 de diciembre y el RD 1720/2007 de 21 de diciembre, le informamos que sus datos forman parte de un fichero automatizado titularidad de Asociación Nacional de Personas con Epilepsia a fin de ser tratados, únicamente, en relación con las actividades organizadas por la asociación. En cualquier momento usted puede ejercitar sus derechos de acceso, oposición, rectificación y cancelación, mediante escrito dirigido a info@anpepilepsia.org. La suscripción del presente escrito conlleva la aceptación y la prestación del consentimiento expreso y explícito al acceso por cualquiera de los miembros de nuestro personal a los datos facilitados.