

BUTLLETA D'INSCRIPCIÓ

NOM i COGNOMS: _____

DNI (Amb Lletra): _____

DATA DE NAIXEMENT: _____

COL·LEGIAT EXERCENT NUM. _____

IL·LUSTRE COL·LEGI ADVOCATS DE _____

COL·LEGIAT DES DE L'ANY _____

ADREÇA: _____

C.P.: _____

POBLACIÓ: _____

TELÈFON: _____

FAX: _____

E-MAIL: _____

Sí, autoritzo que les meves dades (Nom, adreça professional, telèfon i e-mail) apareguin a la pàgina web de la SCAF (www.scaf.cat).

SOL·LICITO la meva admissió com a membre de la Societat Catalana d'Advocats de Família, tot declarant no estar afectat per cap de les prohibicions o incompatibilitats establertes a l'Estatut General de l'Advocacia, comproment-me a satisfer la quota anual que fixi l'Assemblea General, així com a respectar en la seva integritat les normes reguladores de l'Associació.

DADES BANCÀRIES PEL PAGAMENT DE LA QUOTA ANUAL (130€/ANUAL):

BANC o CAIXA:

--

DOMICILI:

--

C.P.

LOCALITAT

PROVINCIA

--	--	--

NÚMERO DE COMPTE - IBAN (L'IBAN consta de 24 posicions començant sempre per ES)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SI US PLAU, UNA VEGADA EMPLENADA, ENVIAR AQUESTA SOL·LICITUD A L'E-MAIL info@scaf.cat O AL FAX NUM. 93.299 65.92

_____, a _____ de _____ any _____

SIGNATURA

D'acord amb el que disposa l'article 5.1 de la LLei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de dades l'informem que les seves dades personals s'incorporaran a un fitxer denominat "SOCIS", titularitat de la Societat Catalana d'Advocats de Família (SCAF) i seran tractats amb la finalitat de gestió per tal d'acomplir els objectius de la nostra societat.

El destinatari de les seves dades personals és la Societat Catalana d'Advocats de Família (SCAF) i aquestes dades no es cediran a tercers.

Vostè pot exercir els seus drets d'accés, rectificació i cancel·lació davant el responsable del fitxer: Societat Catalana d'Advocats de Família a l'adreça de Barcelona, Travessera de les Corts, núm. 361, entresòl 1a. (08029).