



ASSOCIACIÓ DE L'HEMOFILIA
I ALTRES COAGULOPATIES CONGÈNITES
DE LES ILLES BALEARS

SOLICITUD DE SOCIO FAMILIAR - SIMPATIZANTE

DATOS PERSONALES:

NOMBRE y APELLIDOS: _____

DOMICILIO: _____ POBLACIÓN _____

PROVINCIA: _____ CÓDIGO POSTAL : _____

SEXO: _____

Fecha y lugar de nacimiento: ____/____/____

D.N.I. N° _____ - _____ PROFESIÓN: _____

Estado civil: _____ Nombre y apellidos del cónyuge / pareja: _____

Teléfono: _____ Móvil: _____

e-mail: _____

Nombre y apellidos del socio de número (familiar o persona afectada)

Firma del socio familiar o simpatizante:

Associació de l'hemofília i altres coagulopaties congènites de les Illes Balears

El arriba firmante puede ejercitar su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición al derecho de socio familiar o simpatizante dirigiéndose por escrito a Hemolb, con sede social en c. Sor Clara Andreu, 15 b, 07010 de Palma de Mallorca