



“STMO. CRISTO DE LA SALUD”

¡¡COLABORA!!!

Ahora puedes hacer tus donativos

FOLLETO DE COLABORACIÓN

SI QUIERO AYUDAR A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA MEJORAR SU SITUACIÓN SOCIAL

TIPO DE COLABORACIÓN Y FORMA DE PAGO

Puede efectuar una **colaboración periódica**, mediante domiciliación bancaria (mensual, bimestral, trimestral, anual), por favor indique su elección, o bien puede realizar una **aportación o colaboración puntual**.

DATOS PERSONALES Y DE LA COLABORACIÓN

NOMBRES:

APELLIDOS:

DOMICILIO:

CÓDIGO POSTAL:

PROVINCIA:

TELÉFONO:

E-MAIL:

CUENTA CORRIENTE:

CANTIDAD:

NIF:

TIPO DE APORTACIÓN:

Sobre la Protección de los Datos Personales:

De acuerdo con lo establecido en el Reglamento General de Protección de Datos, refundido en la LOPDGDD 3/2018 de 5 de diciembre, le informamos que trataremos sus datos personales con la finalidad de realizar la **gestión administrativa, contable y fiscal derivada de su colaboración, así como enviarle información sobre cualquier aspecto que se desprenda de dicha colaboración**.

Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación entre las partes o durante el tiempo necesario para cumplir con las obligaciones legales. Los datos no se cederán a terceros **salvo en los casos en que exista una obligación legal y los trataremos en base a su consentimiento**.

Asimismo, le informamos de la posibilidad de ejercer los siguientes derechos sobre sus datos personales: derecho de acceso, rectificación, supresión u olvido, limitación, oposición, portabilidad y a retirar el consentimiento prestado.

Para ello podrá enviar un email a: **dpd@asprodiq.es** o dirigir un escrito a ASOCIACION PRO PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE QUINTANAR DE LA ORDEN Y COMARCA CR. MADRID-CARTAGENA KM 120 - 45800 - QUINTANAR DE LA ORDEN – TOLEDO.

Además, el interesado puede dirigirse a la Autoridad de Control en materia de Protección de Datos (AEPD) para obtener información adicional o presentar una reclamación.

CONSENTIMIENTO:

La finalidad y uso previsto tanto de los datos en sí mismos como de su tratamiento, **es hacer viable su colaboración con ASPRODIQ**. A continuación podrá aceptar las finalidades que crea convenientes marcando su casilla correspondiente, tenga en cuenta que algunas finalidades pueden ser necesarias para la gestión que solicita realizar, en el caso de NO marcar dichas casillas, no se podrá prestar/entregar o gestionar dicha solicitud.



“STMO. CRISTO DE LA SALUD”

¡¡COLABORA!!!

Ahora puedes hacer tus donativos

Prestación de la colaboración correspondiente. (Si acepta el tratamiento de sus datos con esta finalidad marque esta casilla).

Envío de información acerca de aspectos que resultaren procedentes y/o propios de dicha colaboración. (Si acepta el tratamiento de sus datos con esta finalidad marque esta casilla).

Firmado:

Nombre completo:

DNI:

Fecha:

Datos identificativos del responsable:

ASOCIACION PRO PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE QUINTANAR DE LA ORDEN Y COMARCA,
G45009024, CR. MADRID-CARTAGENA KM 120 - 45800 - QUINTANAR DE LA ORDEN - TOLEDO,
925180899.

Datos del Delegado de Protección de Datos:

JULIO CÉSAR ILHA ROSAS

e-Mail: dpd@asprodiq.es