

PARTIDO DE JUBILADOS Y PENSIONISTAS DE ESPAÑA

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Nombre _____ Apellidos _____
DNI _____ Domicilio _____
C.P. _____ Localidad _____
Provincia _____ Teléfono _____ Móvil _____
Fecha Nacimiento ____/____/____ Profesión _____
E-mail _____

SOLICITUD DE ____ Afiliado ____ Simpatizante. (La cuota mensual se establece en **5 euros.**)

De conformidad con lo establecido en la Legislación vigente de Protección de Datos de Carácter Personal, usted autoriza la incorporación de sus datos que nos facilita en los Ficheros de datos personales responsabilidad del "Partido de Jubilados y Pensionistas de España (PJPE)" con domicilio a efectos de notificación en **Calle Gran Vía, nº 9 - 2º, Pta.3ª C.P. Zaragoza-50.006**, donde podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, portabilidad y limitación de tratamiento o bien dirigiéndose a la siguiente dirección pjpeafiliaciones@gmail.com aportando copia del DNI.

Usted consiente expresamente el tratamiento de dichos datos con la finalidad de mantener las relaciones de afiliación así como el envío de información de las actividades y servicios del Partido, a la cuenta de email facilitada, por WhastsApp de difusión así como al nº de teléfono facilitado. Los datos facilitados no se cederán a terceros salvo en los casos que exista una obligación legal.

Al cursar la presente solicitud de afiliación el interesado MANIFIESTA QUE HA LEIDO y ACEPTA la información de Protección de Datos.

ACREEDOR

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA

Referencia de la orden de domiciliación:			
Identificador	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Nombre <input type="text" value="Partido de Jubilados y Pensionistas de España (PJPE)"/>
	<small>C.I.F.</small>	<small>Sufijo</small>	
Dirección	<input type="text"/>		C.P. <input type="text"/>
Provincia	<input type="text"/>	País <input type="text"/>	A RELLENAR POR PJPE

DEUDOR

Titular Cuenta (*) <input type="text"/>						
Dirección Sucursal (*) <input type="text"/>						C.P. <input type="text"/>
Provincia (*)	<input type="text"/>	País	<input type="text"/>	Tipo de pago	<input checked="" type="radio"/> Pago Trimestral	
Número Cuenta / IBAN (*)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<small>País</small>	<small>C.C. IBAN</small>	<small>Entidad</small>	<small>Agencia</small>	<small>D.C.</small>	<small>Nº Cuenta</small>
<small>Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y 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.</small>						
En (*) <input type="text"/>			a (*) <input type="text"/>			
Fdo. <input type="text"/>						