

**AGRUPACION LOCAL** 
**FECHA**

**AGRUPACION INSULAR** 
**ALTA** 
**MODIFICACION** 
**BAJA**

**APELLIDOS** \_\_\_\_\_  
**NOMBRE** \_\_\_\_\_ **D.N.I.** \_\_\_\_\_  
**FECHA NACIMIENTO** \_\_\_\_\_ **SEXO:** V  M   
**PROFESIÓN** \_\_\_\_\_  
**DOMICILIO** \_\_\_\_\_  
**LOCALIDAD** \_\_\_\_\_ **C. POSTAL** \_\_\_\_\_  
**PROVINCIA** \_\_\_\_\_  
**TELEFONO FIJO** \_\_\_\_\_ **TELEFONO MOVIL** \_\_\_\_\_  
**E-MAIL** \_\_\_\_\_

**CUOTA** \_\_\_\_\_ **FORMA DE PAGO:** Sede  Banco   
**PERIODECIDAD:** Mensual  Trimestral  Semestral  Anual

SI LA FORMA DE PAGO ES LA DE RECIBO POR BANCO

**TITULAR DE LA CUENTA** \_\_\_\_\_  
**NOMBRE DE LA ENTIDAD** \_\_\_\_\_

Entidad	Oficina	DC	Nº cuenta corriente
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

<b>PRESENTADO POR</b> _____ <b>D.N.I.</b> _____ <b>FIRMA</b> _____	<b>PRESENTADO POR</b> _____ <b>D.N.I.</b> _____ <b>FIRMA</b> _____
--	--

**EN** \_\_\_\_\_ **A** \_\_\_\_\_ **DE** \_\_\_\_\_ **DE** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma del Afiliado)

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos, le informamos que autoriza a que los datos solicitados pasen a formar parte de los ficheros del Centro Independiente de Canarias, con domicilio en C/ Castillo, 30 - 38003 Santa Cruz de Tenerife, con la finalidad de gestionar su participación y ofrecerle información acerca de nuestras actividades por correo ordinario, electrónico, SMS u otro medio de comunicación electrónica equivalente, ante las cuales podrá ejercer sus derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición al tratamiento de la información que le concierne, dirigiéndose por escrito al Centro Independiente de Canarias, acompañado por una fotocopia del DNI.

**SR. DIRECTOR BANCO O CAJA DE AHORROS**

**SUCURSAL Nº** \_\_\_\_\_ **DOMICILIO SUCURSAL** \_\_\_\_\_  
**MUNICIPIO** \_\_\_\_\_ **PROVINCIA** \_\_\_\_\_ **C.P.** \_\_\_\_\_

Muy Sres. Míos:  
 Ruego a Vd. Que hasta nuevo aviso, haga efectivos al Centro Independiente de Canarias (CiCan), en concepto de asociación, los recibos que le presente por Euros \_\_\_\_\_ con cargo a mi cuenta corriente / Libreta de ahorros Nº \_\_\_\_\_

**NOMBRE Y APELLIDOS** \_\_\_\_\_  
**FECHA** \_\_\_\_\_

(Firma)