

FUNDACIÓN BAKUVA

SOLICITUD DE ALTA COMO DONANTE

NOMBRE.....
APELLIDOS.....
DNI.....

DOMICILIO PARTICULAR:

CALLE Nº..... PISO..... PUERTA.....
CIUDAD..... PROVINCIA..... CÓDIGO POSTAL.....
TELÉFONO..... FAX..... E-MAIL..... MÓVIL.....

DOMICILIO PROFESIONAL(Opcional):

EMPRESA/ORGANISMO.....
CALLE Nº..... PISO..... PUERTA.....
CIUDAD..... PROVINCIA..... CÓDIGO POSTAL.....
TELÉFONO..... FAX..... E-MAIL..... MÓVIL.....

ENVIO CORRESPONDENCIA: DOMICILIO PARTICULAR DOMICILIO PROFESIONAL (marcar preferencia)

Solicita al Patronato de la Fundación BAKUVA su admisión como donante.

FIRMA

De acuerdo con la Ley Orgánica 15/ 1999, de Protección de Datos Personales, te informamos que los datos personales facilitados se incorporarán a un fichero automatizado para los fines propios de la Fundación, que es la responsable del fichero, pudiendo ejercitar los derechos de acceso rectificación, cancelación y oposición ante la Fundación, bien en su domicilio o mediante correo electrónico.

AUTORIZACIÓN BANCARIA

D./ DÑA..... con DNI.....

autoriza que le sean adeudados en su cuenta los recibos

anual trimestral mensual (marcar la elección)

Por importe de: 30 euros 40 euros 50 euros 60 euros (marcar elección)

Otra cantidad: _____ Euros/año/trimestre/mes

de la FUNDACIÓN BAKUVA.

DATOS BANCARIOS:

BANCO O CAJA.....

AGENCIA..... Nº.....

DIRECCIÓN: CALLE O PLAZA..... Nº.....

POBLACIÓN..... PROVINCIA.....

Nº CUENTA :

FIRMA

FECHA.....

Calle Mina de San Luis 8 y 10 (Oficinas) 48003 Bilbao
Calle Rodríguez Arias 17, 1º (Domicilio Social) 48011 Bilbao
Tlfo: 946558480 Fax: 944 102055
E-Mail: bakuva@bakuva.org