

# Asociación de Prejubilados y Jubilados de Telefónica

ALTA .....

BAJA .....

MODIFICACION .....

**A. P. T.**

**Enviar a: A. P. T.**

**Apto de Correos: 53326 MADRID-28080**

Deseo pertenecer como Miembro, en la modalidad de ASOC.FAMILIAR a la **Asociación de Prejubilados y Jubilados de Telefónica (APT)**, y en consecuencia, en cumplimiento de sus Estatutos, facilito los siguientes datos básicos:

**Asociado FAMILIAR nº \_\_\_\_\_**

Nombre \_\_\_\_\_

Primer Apellido \_\_\_\_\_

Segundo Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

Vía \_\_\_\_\_ Nombre Vía \_\_\_\_\_ Blq\_ Nº \_\_\_\_\_

Esc Piso Let \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_

DP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Teléfono 1 \_\_\_\_\_ Teléfono 2 \_\_\_\_\_

Internet-MAIL \_\_\_\_\_

Fecha de Baja \_\_\_\_\_ Causa \_\_\_\_\_

## Familiar ASOCIADO del que procede su relación:

Nombre \_\_\_\_\_

Primer Apellido \_\_\_\_\_

Segundo Apellido \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Num. Matricula en Telefónica \_\_\_\_\_ Número de ASOCIADO a APT \_\_\_\_\_

## Periodicidad de pago ANUAL (\*)

IBAN: ES \_\_\_\_\_ Entidad \_\_\_\_\_ Oficina \_\_\_\_\_ DC | \_\_\_\_\_ Dígitos de la cuenta \_\_\_\_\_

Banco \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Población \_\_\_\_\_ DP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

**(\*) – La periodicidad de pago será anual si es que la Asamblea General Ordinaria aprobara el abono de cuota y el importe de la misma.**

Responsable: Asociación Prejubilados de Telefónica - CIF: G82307166 Dir. Postal: C/ Francisco Silvela, 87 Piso 2 Puerta 9, 28028 Madrid

“En nombre de la empresa tratamos la información que nos facilita con la **finalidad** de prestarles el servicio solicitado y realizar la facturación del mismo. El consentimiento explícito supone la **legitimación** para el tratamiento de sus datos. Sus datos formarán parte de nuestra base de datos durante el tiempo necesario para cumplir el servicio o las disposiciones legales. **Destinatarios:** Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal. **Derechos:** Puede revocar el consentimiento y ejercer sus Derechos a acceder, rectificar, oponerse, limitar, portar y suprimir los datos ante el responsable del tratamiento; además de acudir a la autoridad de control competente (AEPD).

Asimismo, solicito su autorización para ofrecerle productos y servicios relacionados con los solicitados y fidelizarle como cliente.”

SI

NO

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Fdo: \_\_\_\_\_  
(Nombre, Apellidos y D.N:I)

**A RELLENAR POR APT:**

El solicitante, para demostrar ser familiar de asociado, exhibe los siguientes documentos:  
(Autorización de Asociado Titular del cual es familia, Certificado de defunción, Libro de Familia, D.N.I del petionario del alta, etc.)

En Madrid a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20  
Nombre y Firma del Asociado-Voluntario de turno en la oficina