



AFECTADO

SOLICITUD DE ALTA DE ASOCIADO

Asociación de Enfermos de Chiari y patologías asociadas.

Datos personales:

Nombre:

Apellidos:

Domicilio: (calle / plaza / avenida / paseo)

Número / escalera / piso / puerta

Población:

Provincia:

Código Postal

País:

Fecha de nacimiento: (día / mes / año)

DNI: (número y letra)

Teléfono fijo

Teléfono móvil:

Correo electrónico:

Nombre o "nick" con el que participas en el foro de Asenchi

Datos médicos:

Tipo de patología: (marcar con una X lo que proceda)

ARNOLD CHIARI

SINRINGOMIELIA

HIDROCEFALIA

OTRAS PATOLOGÍAS

Firma:

Fecha:

en

, a

de

Los datos aquí aportados cumplen todos los requisitos marcados por la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal y por el artículo 18 de la Constitución Española: "La Ley limitará el uso de la informática para garantizar el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y el pleno ejercicio de sus derechos".