



CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Los datos recabados, conforme al RGPD (UE) 679/2016, en el presente contrato serán incluidos en un fichero denominado CLIENTES y cuya titularidad pertenece a ASOCIACION DE AFECTADOS MADRID NORTE DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD ALCOBENDAS (SIGLAS AAMNDAH) (en adelante "Responsable del Tratamiento") con CIF: G86670627

Estos datos serán almacenados en nuestro fichero durante el tiempo que dure nuestra relación convenida. La finalidad de esta recogida es la gestión de sus datos personales.

En caso de que acepte el tratamiento de sus datos en los términos previstos marque la casilla que corresponda:

En caso contrario se entenderá que NO presta sus consentimientos.

GESTION ADMINISTRATIVA DE MIS DATOS Si acepto.

GESTION PARA COMUNICACIONES COMERCIALES Si acepto

GESTION DE MIS DATOS EN REDES SOCIALES Si acepto

GESTION DE MIS IMÁGENES Y GRABACIONES Si acepto.

OTRAS FINALIDADES: _____ Si acepto.

En consecuencia, Vd. da, como titular de los datos, su consentimiento y autorización al Responsable del Tratamiento para la inclusión de los mismos en el fichero con anterioridad detallado. En el caso de que Vd., como interesado o afectado, no dé su consentimiento, esto podría afectar a nuestras relaciones del siguiente modo: Imposibilitando las gestiones arriba descritas.

El titular de los datos declara estar informado de las condiciones y cesiones detalladas en la presente cláusula y, en cualquier caso, podrá ejercitar gratuitamente los derechos de acceso, rectificación, supresión/olvido, limitación del tratamiento, portabilidad y oposición (siempre de acuerdo con los supuestos contemplados por la legislación vigente) dirigiéndose a ASOCIACION DE AFECTADOS MADRID NORTE DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD ALCOBENDAS (SIGLAS AAMNDAH), con dirección PASEO DE LA CHOPERA, Nº 309 POSTERIOR LOCAL 1 28100 ALCOBENDAS (MADRID), indicando en la comunicación EJERCICIO DE DERECHOS; o bien y con carácter previo a tal actuación, solicitar con las mismas señas que le sean remitidos los impresos que el Responsable del Tratamiento dispone a tal efecto.

Por todo ello, para que conste a los efectos oportunos, Vd. muestra su conformidad con lo en esta cláusula detallado.

EN CASO DE MENORES DE 14 AÑOS:

Nombre		
DNI	Fecha de nacimiento	Menor de 14 años <input type="checkbox"/> Si

Nombre Representante Legal		
DNI	Padre/ madre	Tutor legal

FIRMADO
PADRE-MADRE