



# ASOCIACIÓN PACIENTES ENFERMEDAD DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA

apecualicante@gmail.com

FECHA DE ALTA:

NÚMERO DE SOCIO:

NOMBRE:

APELLIDOS:

DNI/NIF:

FECHA DE NACIMIENTO:

DIRECCIÓN:

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

CÓDIGO POSTAL:

TELÉFONOS:

CORREO ELECTRÓNICO:

PACIENTE DE CROHN

PACIENTE DE COLITIS ULCEROSA

COLABORADOR

HOSPITAL DE REFERENCIA:

Al ser uno de los fines de la asociación APECCU la ayuda entre los propios socios que la forman, consideramos que en algunos casos puede ser interesante proporcionar los nombres de los socios a otros asociados para facilitarles el contacto si la situación lo requiere. Para ello pedimos tu autorización para facilitar tu nombre y número de teléfono comunicándoles antes que vamos a proceder a ello y para ello necesitamos su autorización.

Autorizo a APECCU ALICANTE a facilitar mis datos a otros asociados:

SI      NO

Sede de la Asociación (Concertar Cita) C/ Tomás Capelo 9, 4D San Juan (Alicante)

Teléfono de contacto: 627 465 099

Los datos de carácter personal que nos facilite mediante este formulario, quedarán registrados en un fichero de APECCU. Ni su nombre, dirección, email, ni teléfono de contacto, será facilitado en ningún lugar sin su autorización previa. Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en [info@apeccu.com](mailto:info@apeccu.com)