

**Asociación de Pacientes de Psoriasis, Artritis Psoriásica y Familiares**

# HOJA DE INSCRIPCIÓN DE SOCIO/A

**NOMBRE APELLIDO**

**DIRECCIÓN**

**CÓDIGO POSTAL POBLACIÓN PROVINCIA**

**E-MAIL**

**TELÉFONO FECHA NACIMIENTO SEXO DNI nº: (letra incluida**)

**CUOTA ANUAL**: 🞎 **48€**  🞎 **24€ Y 24€**  🞎 ................. (Más de 65 €)

**PROCEDENCIA**  EN🞎  **INFOSOCIOS**

**FECHA FIRMA**

## DOMICILIACIÓN BANCARIA

## IBAN ENTIDAD OFICINA DC NÚMERO DE CUENTA.

**ES**

**Ser socio de Acción Psoriasis beneficia fiscalmente**. Con la concesión de la Declaración de Utilidad Pública que ha obtenido nuestra Asociación, todos los socios y socias tienen el **derecho a deducirse de la cuota íntegra el 75% de la base de la deducción** (según Art. 19 de la Ley 7/2021 de 26 de mayo).

¡Hazte voluntari@!

Traducciones Estudios clínicos

Participación en campañas de información Encuestas

Entrevistas en medios de comunicación Colaborar en la organización de actos

Según lo establecido en la Ley Orgánica vigente, de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos serán incluidos en nuestra base de datos. Usted puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación, mediante el e-mail info@accionpsoriasis.org