Fundación COFARES

Amigos de la
Fundación Cofares

Nombre y Apellidos _____

DNI _____ Dirección _____

Código Postal _____ Provincia _____

Numero de cuenta | ID País | D.C. | Entidad bancaria | Oficina | D.C. | Número de Cuenta |

E-mail: _____

Importe 10 € al mes (cobro anual). **Clase de pago:** ☐ Periódico. ☐ Pago único.

Tus datos serán tratados por **FUNDACIÓN COOPERATIVA FARMACÉUTICA** como responsable del tratamiento, para la finalidad de gestionar tu inscripción en el programa de "Amigos de la Fundación Cofares". También te informaremos sobre nuestras actividades y proyectos en caso de que marques la casilla correspondiente. Puedes obtener la información completa sobre protección de datos y la forma de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad de datos de nuestra política de privacidad en: https://www.cofares.es/pol%C3%ADtica-de-privacidad#section

Firma del Titular de la cuenta:

☐ Quiero que la **Fundación Cofares** me informe sobre sus proyectos, actividades, por cualquier medio, incluidos los electrónicos.

☐ Autoriza a Fundación a enviar instrucciones a su banco para realizar cargos en su cuenta de acuerdo con las instrucciones de la Fundación.

Una vez cumplimentado el formulario, hay que hacer una foto y enviarla por e-mail a **fundacion@cofares.es**

Tiene derecho a un reembolso por parte de su banco. El reembolso deberá reclamare en un plazo de 6 semanas desde la fecha en la que se realizó el cargo en su cuenta.

Fundación COFARES