ASOCIACIÓN PARA LA REFORMA DE LAS PENSIONES

# SOLICITUD DE INGRESO

## A) Datos personales y de contacto:

Nombre_____ Apellido 1_____

Apellido 2_____ NIF_____ Género_____

Nacionalidad_____ Profesión_____

Tel. móvil_____ Tel. fijo_____ E-mail_____

Sitio/blog propio_____

Redes sociales en las que participa_____

Dirección postal_____

Código postal_____ Localidad_____

Provincia / isla (o país extranjero de residencia) _____

*En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, te informamos que autorizas a que estos datos pasen a formar parte de los ficheros de la Asociación para la Reforma de las Pensiones, con domicilio provisional en la calle de Ferraz, 28, Madrid, con la finalidad de gestionar tu participación y ofrecerte información sobre nuestras actividades por correo ordinario, electrónico, SMS u otro medio de comunicación electrónica equivalente. Puedes ejercer tus derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposicion al tratamiento de la información que te concierne mediante escrito a la Asociación, acompañando fotocopia del DNI.*

*Si no deseas ser informado de nuestras actividades, marca esta casilla:* ☐

## B) Compromiso adquirido:

☐ **Socio: 4,00 euros al mes.** *Son menos de quince céntimos al día para ti, pero una ayuda muy importante para la ARP.*

☐ **Socio protector: 15,00 euros al mes.** *Por sólo medio euro al día, tu contribución es esencial para nuestros fines.*

☐ **Socio patrocinador: 45,00 euros al mes.** *Apenas € 1,5 diarios para ti, pero una apoyo realmente crucial para la ARP.*

☐ **Socio benefactor: donación única de _____ euros (mínimo 2500).** *Sé el impulsor de un cambio histórico.*

*Todos los socios tienen iguales derechos y obligaciones en la Asociación. Se podrá realizar actividades específicas para los socios que se destaquen por su apoyo económico a la Asociación.*

**Por la presente declaro compartir los fines de la Asociación para la Reforma de las Pensiones y solicito el ingreso como socio de la misma.**

Fdo.:

Fecha de la solicitud: ____ de_____ de 20___.

**Espacio reservado a la Secretaría General de la ARP**
Fecha de decisión: ___/_____/20___. ☐ Denegada
☐ Aceptada. Número asignado:_____

# www.pensionesdignas.es

## AUTORIZACIÓN PARA DOMICILIACIÓN BANCARIA

*Ruego que con cargo a mi cuenta, abajo señalada, abonen hasta nuevo aviso los recibos que presente al cobro la Asociación para la Reforma de las Pensiones.*

**TITULAR DE LA CUENTA**
NOMBRE ..... APELLIDOS..... N.I.F. .....

**PERSONA ASOCIADA:** ☐ El propio titular de la cuenta. ☐ Otra persona: .....

**Código Cuenta Cliente**

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

*Entidad* *Oficina* *D.C.* *Número de cuenta*

Firma del titular de la cuenta:

Fecha: _____/_____/20___.