

SOLICITUD DE SOCIO/A  
DE AFA BIZKAIA  
*A.F.A BIZKAIA-REN BAZKIDE  
ESKAERA*



**AFABIZKAIA**

ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE PERSONAS ENFERMAS  
DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS DE BIZKAIA



**SOLICITUD DE SOCIO/A DE AFA BIZKAIA**  
**A.F.A BIZKAIA-REN BAZKIDE ESKAERA**

(Apellidos y nombre del Socio/a) (*Bazkidearen izen-abizenak*)

Edad / *Urte*:.....D.N.I. / *N.A.N*:.....

Municipio / *Udalerria*:.....

Calle / *Kalea*:.....

nº / *Zk*:.....Piso / *Solairua*:.....C.P. / *PK*:.....

Teléfono(s) / *Telefonoa(k)*:.....

e-mail / *e-posta*:.....

Relación del socio/a con la persona enferma:.....

Profesión / *Lanbidea*:.....

SOLICITA SER MIEMBRO DE LA ASOCIACIÓN arriba mencionada, de la que acepta y asume todos los estatutos. *Goian aipatutako ELKARTEAREN BAZKIDE IZATEA ESKATZEN DU, eta horren estatutu guztiak onartzen ditu.*

En.....a.....de.....de 20.....  
.....n,20.....ko.....ren.....a

Firma / *Sinadura* .....

\*¿De qué forma ha contactado con AFA?/ *Nola jarri zara harremanetan A.F.Arekin?* .....

\*Propuestas, sugerencias / *Proposamenak, iradokizunak* .....

**NOTAS:** Cuantas prestaciones pudiera ir ofreciendo la Asociación están delimitadas por el presupuesto económico con que se cuente cada año. **OHARRAK:** *Elkartea eskaintzen dituen zerbitzuen kopurua urte bakoitzeko aurrekontu ekonomikoaren arabera izango dira.*



**DATOS DE LA PERSONA ENFERMA**  
**PERTSONA GAIXOAREN DATUAK**

Nombre / *Izena*: .....

.....

Apellidos / *Abizenak*: .....

.....

Calle / *Kalea*: .....

.....

Nº / *Zk*: ..... Piso / *Solairua*: .....

.....

Municipio / *Udalerria*: ..... C.P. / *P.K*: .....

.....

Fecha de nacimiento / *Jaioteguna*: .....

.....

Estado civil / *Egoera zibila*: .....

.....

D.N.I. / *N.A.N*: .....

.....

Fecha aproximada en que se le diagnosticó la enfermedad *Gaixotasuna diagnostikatu*

*zioten gutxi gorabeherako data* .....

.....

por el Doctor/ *Doktoreak* .....

¿Actualmente toma algún fármaco para la enfermedad? *Hartzen du medikazioren bat*

*gaixotasun honetarako?* .....

.....

¿Dónde vive la persona enferma? *Non bizi da pertsona gaixoa?*

En su propia casa / *Bere etxean*

En casa de un familiar / *Senide baten etxean*

En otro sitio (especificar) / *Beste leku batean (zehaztu)* .....

**Personas que cuidan a la persona enferma / *Gaixoa zaintzen dituzten pertsonak:***

• Parentesco o relación *Ahaidetasuna / harreman mota* .....

..... Edad / *Adina* .....

• Parentesco o relación *Ahaidetasuna / harreman mota* .....

..... Edad / *Adina* .....





# AFABIZKAIA

ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE PERSONAS ENFERMAS  
DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS DE BIZKAIA

D./Dña .....

con D.N.I./ PASAPORTE nº .....

como representante de D./Dña .....

con D.N.I./PASAPORTE nº .....

autorizo a ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE PERSONAS ENFERMAS DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS DE BIZKAIA. a conservar mis datos de carácter personal y los de mi representado, con el fin de llevar a cabo las oportunas gestiones relacionadas con la documentación referente a la enfermedad y estoy debidamente informado de que ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE PERSONAS ENFERMAS DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS DE BIZKAIA tiene registrado ante la Agencia Española de Protección de Datos el fichero denominado "ENFERMOS", entendiendo que en todo momento podré ejercer mi derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición según establece la Ley Orgánica 15/99 de Protección de Datos de carácter personal (L.O.P.D.).

Jaun/Andrea .....

N.A.N./ PASAPORTE ZENBAKIA.....

Jaun/Andrea .....

.....-ren ordezkari gisa,

N.A.N./PASAPORTE ZENBAKIA .....

*BIZKAIKO ALZHEIMER ETA BESTE DEMENTZIA PERTSONA GAIXOEN SENIDEEN ELKARTEA-ri, nire datu pertsonalak eta ordezkatzan dudan pertsonaren datuak gordetzeko baimena ematen diot, gaixotasunarekin zerikusia duen dokumentazioarekin behar diren kudeaketak egiteko eta jakinarazi egin didate BIZKAIKO ALZHEIMER ETA BESTE DEMENTZIA PERTSONA GAIXOEN SENIDEEN ELKARTEA-k, "GAIXOAK" deitzen den fitxategi bat daukala, Datuak Babesteko Espainiako Agentzian. Aldez aurretik jakinda, edozein momentuan, sartzeko, zuzenketak egiteko, deuseztatzeko eta kontrajartzeko eskubidea izango dudala, Datu Pertsonalak Babesteko Lege Organiko 15/99-ak ezartzen duen arabera.*

Bilbao, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.0 \_\_\_\_\_  
Bilbo, 20 \_\_\_\_\_-ko \_\_\_\_\_-ren \_\_\_\_\_-a

Firma/Sinadura