



AFAEPS
ASOCIACIÓN DE FAMILIARES Y AMIGOS
DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL



La Asociación de Familiares y Amigos de Personas con Enfermedad Mental (AFAEPS), constituida el 4 de mayo de 1992, es una Entidad sin ánimo de lucro, declarada de Utilidad Pública por el Ministerio del Interior y de Carácter Social por la Agencia Estatal de Administración Tributaria.

La Misión principal de AFAEPS, es la adopción de todas las medidas que contribuyan a la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas por una enfermedad así como la de sus familiares.

En el ejercicio de unos derechos legítimos como ciudadanos, la Asociación trabaja para conseguir la aceptación social en nuestro ámbito territorial, y el reconocimiento de las capacidades que permanecen en el colectivo. En este momento AFAEPS se proyecta con una garantía de continuidad, desarrollando su actividad sobre los siguientes pilares: *Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral, Programa Residencial, Centro Especial de Empleo, Talleres Prelaborales, Servicio de transporte, Ocio y tiempo libre, sensibilización, etc.*

Apelando a tu solidaridad

¡HAZTE SOCIO!

Nombre y Apellidos.....N.I.F.:.....

Teléfono:Correo electrónico:

SI, QUIERO COLABORAR CON AFAEPS

Deseo hacer una aportación de:.....€

Semestral Anual
 Aportación única

FORMA DE PAGO

POR FAVOR, RELLENA LA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA ADJUNTA,

Fecha: / / Firma: _____

Recuerda que podrás desgravarte la aportación en tu declaración de la Renta.

PERSONAS FÍSICAS (IRPF)			PERSONAS JURÍDICAS (IMPUESTO SOCIEDADES)		
50% DEDUCCIÓN	27,5% DEDUCCIÓN	32,5% DEDUCCIÓN	35% DEDUCCIÓN	37,5% DEDUCCIÓN	
Hasta 150 € de donación a una o varias entidades durante el ejercicio	Resto de donaciones a partir de 150 €	Resto de donaciones a partir de 150 € si se ha donado al menos 150 € a una entidad durante el ejercicio y si en los 2 ejercicios anteriores también se ha donado a esa misma entidad*	Si en los 2 ejercicios anteriores NO se ha donado a la misma entidad*	Si en los 2 ejercicios anteriores SI se ha donado a la misma entidad*	
75% DEDUCCIÓN	30% DEDUCCIÓN	35% DEDUCCIÓN	35% DEDUCCIÓN	40% DEDUCCIÓN	

*Por importe igual o superior, en cada uno de ellos, al del ejercicio anterior.

CLAUSULA INFORMATIVA LOPD PARA SOCIOS

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, ASOCIACIÓN DE FAMILIARES Y AMIGOS DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL (AFAEPS), le INFORMA que sus datos de carácter personal recogidos por la entidad serán objeto de tratamiento en nuestros ficheros SOCIOS FAMILIARES Y SOCIOS NO FAMILIARES, con la finalidad de mantenimiento y gestión interna de la relación asociación-socio.

El socio consiente expresamente a ASOCIACIÓN DE FAMILIARES Y AMIGOS DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL (AFAEPS) para el tratamiento de sus datos de carácter personal con las siguientes finalidades:

- Enviarle boletines informativos, convocatorias de asambleas, revistas anuales, etc, conteniendo informaciones relativas a nuestra asociación que puedan ser de su interés.
- Enviarle felicitaciones o similares en nombre de nuestra asociación.
- Al mantenimiento de los datos en nuestros ficheros, una vez extinguida nuestra relación, como histórico de socios.

Si Ud. se opone a alguno de los tratamientos mencionados, rogamos marque la casilla correspondiente. En otro caso, entenderemos que Ud. muestra su consentimiento a los tratamientos citados.

Asimismo, el socio consiente a ASOCIACIÓN DE FAMILIARES Y AMIGOS DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL (AFAEPS), para la cesión de sus datos de carácter personal en todos aquéllos casos en que la misma sea necesaria para el desarrollo, cumplimiento y control de su relación con nuestra asociación; así como, para la cesión de sus datos en todos aquéllos casos en que así lo autorice una norma con rango de ley con el objeto de satisfacer un interés legítimo de ambas partes o para el cumplimiento de una obligación legal y, en especial a los siguientes cesionarios:

- A la entidad bancaria correspondiente, cuando la forma de pago se realice mediante recibo bancario en la cuenta corriente designada por el cliente.
- A la Agencia Tributaria y organismos administrativos correspondientes, en cumplimiento de la normativa legal aplicable.

Si Ud. se opone a alguna de las cesiones mencionadas rogamos señale la casilla correspondiente, en otro caso entendemos que muestra su conformidad a las cesiones señaladas. Su negativa a algunas de las citadas cesiones puede llevar aparejada la imposibilidad del mantenimiento de la relación asociación-socio en algunos casos.

Ud. podrá en cualquier momento ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en los términos establecidos en la Ley Orgánica 15/99, dirigiéndose por escrito adjuntando copia de su DNI, al responsable del Fichero en la siguiente dirección: ASOCIACIÓN DE FAMILIARES Y AMIGOS DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL (AFAEPS), Travesía de la Igualdad número 3, Albacete, 02006, Albacete.

Firma del socio:

Don/Dña

COPIA PARA AFAEPS



AFAEPS
ASOCIACIÓN DE FAMILIARES Y AMIGOS
DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA
SEPA Direct Debit Mandate

A cumplimentar por el acreedor
To be completed by the creditor

Referencia de la orden de domiciliación: CUOTA SOCIO
Mandate reference

Identificador del acreedor: G02161339
Creditor Identifier

Nombre del acreedor / Creditor's name
ASOCIACIÓN DE FAMILIARES Y AMIGOS DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL (AFAEPS)

Dirección / Address
TRAVESÍA DE LA IGUALDAD, 3

Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town
02006 ALBACETE

País / Country
ESPAÑA

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

By signing this mandate form, you authorise (A) the Creditor to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the Creditor. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within eight weeks starting from the date on which your account was debited. Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.

A cumplimentar por el deudor
To be completed by the debtor

Nombre del deudor/es / Debtor's name
(titular/es de la cuenta de cargo)

Dirección del deudor / Address of the debtor

Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town

País del deudor / Country of the debtor

Swift BIC / Swift BIC (puede contener 8 u 11 posiciones) / Swift BIC (up to 8 or 11 characters)

Número de cuenta - IBAN / Account number - IBAN

En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando siempre por ES
Spanish IBAN of 24 positions always starting ES

Tipo de pago: **Pago recurrente** **Pago único**
Type of payment Recurrent payment or One-off payment

Fecha - Localidad: ALBACETE,
Date - location in which you are signing

Firma del deudor:
Signature of the debtor

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.
UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.
ALL GAPS ARE MANDATORY. ONCE THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED MUST BE SENT TO CREDITOR FOR STORAGE.