

Nota:

Porteu un document acreditatiu de les vostres dades bancàries per tal que poguem fer la comprovació.

Modalitat	<input type="checkbox"/> Individual adult	<input type="checkbox"/> Tot el dia	<input type="checkbox"/> Cap de setmana	<input type="checkbox"/> Matí (de 7 a 12h)	<input type="checkbox"/> Nocturn (de 21 a 23h)	<input type="checkbox"/> Familiar Nº fills menors 16 anys: _____	<input type="checkbox"/> Targeta rosa	<input type="checkbox"/> Infantil (menor 16 anys)	
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 80%;"></td> <td style="width: 20%;">Número</td> </tr> </table>								
	Número								

A omplir pel sol·licitant							Data ____/____/____		
Nom		1r cognom			2n cognom				
Data naixement ____/____/____	Sexe Home <input type="checkbox"/> Dona <input type="checkbox"/>		Telèfon 1		Telèfon 2		NIF Números Lletra ____/____		
Carrer			Núm.	Pis	Codi postal	Població			
Correu electrònic									

Full de conformitats i consentiments

Número

Primer : Llei de protecció de dades de caràcter personal:

Can Caralleu, amb CIF G-61918934, posa en coneixement que les seves dades, recollides com a conseqüència de la present relació, seran incloses en un fitxer automatitzat per al seu tractament.

La finalitat del tractament és la de gestionar clients i realitzar accions de comunicació comercial. Can Caralleu tractarà aquestes dades amb la màxima confidencialitat essent el destinatari únic i exclusiu de les mateixes, i no efectuant cessions o comunicacions a tercers al marge de les senyalades per la normativa vigent.

El contribuent té dret a efectuar els seus drets d'accés, rectificació i cancel·lació, d'acord amb la LOPD 15/1999, a les instal·lacions de Can Caralleu situades al carrer dels Esports, 2-8, de Barcelona.

Segon : Assessorament mèdic i pòlissa d'assistència mèdico-quirúrgica i sanitària:

Com a usuari d'aquesta instal·lació pot rebre assessorament mèdic per tal que l'activitat que practica en el nostre centre sigui la més adequada per al seu estat físic i, així, minimitzar el risc de patir accidents o lesions per l'ús inadequat dels equips i pràctiques desenvolupades.

També ha de saber que disposem d'una pòlissa d'assistència mèdico-quirúrgica i sanitària per als accidents produïts fent esport a la nostra instal·lació.

Condicions per garantir el grau de cobertura contractada a la pòlissa esmentada, en cas d'accident o lesió:

- En el moment de l'accident, comunicar el que ha passat al responsable mèdic de la instal·lació (o en la seva absència, a la infermera o al socorrista) qui l'atendrà a la mateixa instal·lació o bé el/la derivarà al centre d'urgències que la mutualitat designi.
- La prestació de l'assistència es farà exclusivament en els centres concertats per la companyia asseguradora.
- La prestació de serveis assistencials en altres centres que no siguin els concertats per la companyia asseguradora, significa la renúncia als beneficis de la pòlissa contractada per la nostra instal·lació i, per tant, l'assumpció per la seva part de qualsevol despesa que se'n derivi.
- En aquesta cobertura no s'inclouen els productes farmacèutics, els aparells ortopèdics i terapèutics, així com qualsevol tipus de pròtesi i material d'osteosíntesi, ni cap tipus de compensació econòmica per incapacitat temporal.

Conformitat:

Jo el sotasignat, com a persona interessada o com a tutor legal, declaro haver llegit i estar d'acord amb l'apartat primer "Llei de protecció de dades de caràcter personal" i apartat segon "Assessorament mèdic i pòlissa d'assistència mèdico-quirúrgica i sanitària". Declaro, així mateix i sota la meua responsabilitat que les condicions de salut són les adients per a la pràctica esportiva i per a l'activitat física. I em comprometo a complir les normes de funcionament i conductes establertes per Can Caralleu en el seu reglament d'ús que rebo en el moment de formalitzar la inscripció.

Nom i cognoms	Data ____/____/____	Signatura
----------------------	-------------------------------	------------------