

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

A omplir pel centre			Número
Inici activitat	Codi	Activitat	

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

Full de conformitats i consentiments

Número

Primer : Llei de protecció de dades de caràcter personal:

La Fundació Privada Claror, amb CIF G59080259, posa en coneixement que les seves dades, recollides com a conseqüència de la present relació, seran incloses en un fitxer automatitzat pel seu tractament.

La finalitat del tractament és la de gestionar clients i realitzar accions de comunicació comercial. La Fundació Privada Claror 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 la Fundació Privada Claror situades al carrer Cartagena, núm 231-239, de Barcelona.

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

Com a usuari d'aquest centre esportiu 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 al nostre centre.

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 del centre (o en la seva absència, a la infermera o al socorrista) qui l'atendrà al mateix centre 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 pel nostre centre 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.

Conformatat:

Jo el sotassignant, 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 pel CEM Sagrada Família en el seu reglament d'ús que rebo en el moment de formalitzar la inscripció.

En/Na	Data	Signatura
-------	------	-----------

Especialment autoritzo al CEM Sagrada Família a domiciliar i carregar en el compte número: _____ / _____ / ____ / _____ el titular del qual és _____ els rebuts que periòdicament presentarà al cobrament al meu nom com a pagament de les quotes per a les activitats que hi dugui a terme.

Conformatat del titular del compte bancari:

En/Na	Data	Signatura
-------	------	-----------