



## Autorización para domiciliación bancaria

**Nombre del asociado/a:**

**DNI/NIF:**

**Domicilio:**

**Código Postal / Ciudad / Provincia:**

**Teléfono de contacto:**

**Correo electrónico:**

**Entidad financiera (nombre del banco):**

**IBAN (número completo de cuenta bancaria):**

### **Autorización:**

Mediante el presente documento, yo, el/la abajo firmante, en calidad de asociado/a a la Sociedad Gallega de Prevención de Riesgos Laborales (SGPRL), autorizo expresamente a dicha entidad a efectuar el cargo en la cuenta bancaria indicada anteriormente, correspondiente al pago de la cuota anual de asociado/a, así como, en su caso, de aquellas otras cantidades que correspondan a actividades, publicaciones, eventos o servicios adicionales ofrecidos por la SGPRL, siempre que haya sido previamente informado/a de dichos conceptos y su cuantía.

Esta autorización se otorga con plena conformidad y conocimiento de que el importe de la cuota será fijado por la Asamblea General, y podrá ser actualizado anualmente; asimismo, me reservo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, mediante notificación expresa y por escrito a la dirección de correo electrónico [sgprl@sgprl.org](mailto:sgprl@sgprl.org), con una antelación mínima de 15 días antes del vencimiento del siguiente cargo.

En, \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Firma del asociado/a: \_\_\_\_\_

### **INFORMACION BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS**

Responsable: SOCIEDADE GALEGA DE PREVENCIÓN DE RISCOS LABORAIS (SGPRL).

Finalidades: Realizar la domiciliación bancaria.

Derechos: Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.

Información adicional: Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos enviando un correo a [sgprl@sgprl.org](mailto:sgprl@sgprl.org)