

SOLICITUDE DE

BAIXA

Apelidos:			
Nome:		DNI/NIE:	
Enderezo:			CP:
Localidade:		Provincia:	
Teléfono:		Email:	

SOLICITA

Que a Asociación de Terapia Familiar e Mediación de Galicia faga efectiva a miña solicitude de baixa, suspendendo polo tanto a partir deste intre o cobro da cota anual. Estou notificado/a que coa baixa deixarei de recibir os beneficios como asociado/a, entre eles:

- Información e redución nas taxas de inscrición nos eventos e actividades formativas organizadas pola ATFM de Galicia, por outras asociacións federadas ou pola FEATF.
- Recepción da revista Mosaico e doutras publicacións.
- Figurar no directorio de terapeutas da ATFM de Galicia, da FEATF e no **Registro Nacional de Psicoterapeutas (RNP)**.

Asemade, **A BAIXA IMPLICA A PERDA DA ACREDITACIÓN COMO TERAPEUTA FAMILIAR OU DOCENTE**.

NOTAS

- Como o período de pago é anual, a súa baixa será definitiva a partir do último día do ano natural pagado. Se desexa que a súa baixa sexa inmediata, indíqueo nos comentarios da baixa.
- Se no momento de confirmar a baixa ten recibos pendentes de pago, estes arquivaranse como morosidade, quedando pendente o seu abono no caso de volver a asociarse á ATFM de Galicia.

Comentarios (opcional, pregámoslle que nos indique os motivos da baixa):

--

Data e lugar da sinatura	Sinatura do socio/a
---------------------------------	----------------------------

UNHA VEZ ASINADA ESTA SOLICITUDE DEBERÁ SER ENVIADA POR CORREO Á ASOCIACIÓN

"En cumprimento do establecido na Lei Orgánica 15/1999, de 13 de decembro, de Protección de Datos de Carácter Persoal, informámoslle que os datos que nos facilite pasarán a formar parte dun ficheiro propiedade da ASOCIACIÓN DE TERAPIA FAMILIAR E MEDIACIÓN DE GALICIA para acadar unha mellor xestión na relación. Asemade, informámoslle que pode exercer os dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición na ATFM de Galicia, Rúa de Amio 114 - 15707 Santiago de Compostela, indicando a referencia LOPD".