

Número

Espai per a la fotografia del titular de l'abonament

Dades personals Modalitat

**Adults**  Tot el dia  Cap de setmana  Matí  Nocturn  
**Joves**  Infantil  Juvenil  **Grans**  Gent gran  
**Familiar**  Familiar 1 (parella sense fills)  Familiar 2. Núm de fills menors de 16 anys

**Nom i cognoms**

**Data naixement**

**Sexe**

Home

Dona

**NIF**

**Telèfons**

**Carrer**

**Núm.**

**Pis**

**Codi postal**

**Població**

**Correu electrònic**

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

En el cas de la quota familiar cal omplir un segon full d'inscripció (els menors que no hagin fet 6 anys no paguen quota d'abonament ni s'han de donar d'alta en el full d'inscripció familiar).

## Full de conformitats i consentiments

Número

### Primer : Llei de protecció de dades de caràcter personal:

Llinarsport SL, amb CIF B64485923, 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. Llinarsport, SL 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 L'Esportiu de Llinars, situades a l'Avinguda Pau Casals, s/n, de Llinars del Vallès.

### 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:

1. 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.
2. La prestació de l'assistència es farà exclusivament en els centres concertats per la companyia asseguradora.
3. 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.
4. 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 L'Esportiu de Llinars en el seu reglament d'ús que rebo en el moment de formalitzar la inscripció.

En/Na

Data

Signatura

Especialment autoritzo a L'Esportiu de Llinars 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.

### Conformitat del titular del compte bancari:

En/Na

Data

Signatura

