

FICHA DE PRE-INSCRIPCIÓN (*ENFERMOS Y ACOMPAÑANTES*)

Datos personales

Nº inscrip	Reserva	Pagado
------------	---------	--------

Nombre:			Fecha de nacimiento			
Apellidos:			D.N.I.			
Domicilio:	C/		Nº	Piso		
	Localidad		C.P.	Provincia		
Teléfono/s:			E-mail			

Alojamiento

ACCUEIL NOTRE DAME (<i>marcar con una X</i>)				Precio	460 €
Enfermo		Acompañante			
Preferiblemente compartir habitación y viaje con:					
Nombre y apellidos:					
Relación (<i>marcar con una X</i>)					
<i>Matrimonio</i>		<i>Hijo/a</i>		<i>Familiar</i>	
Cuidados Médicos					

Datos muy importantes para el viaje
Por favor, cumplimentar todos los datos; en caso contrario la Hospitalidad no se responsabiliza

NECESIDADES DE RÉGIMEN ESPECIAL DE COMIDAS (En caso afirmativo, <i>marcar con un X</i>)							
	Normal	Triturada	En Puré		Normal	Triturada	En Puré
Diabético y sin sal				Sin Fibras			
Diabético				Vegetariana			
Sin sal				Sin Gluten			

NECESIDADES DE MOVILIDAD (En caso afirmativo, <i>marcar con un X</i>)			
Necesita andador		Sólo puede viajar en silla anclada	
Solamente en silla de ruedas		Necesita ayuda en la habitación del Accueil	
Utiliza en todo momento silla eléctrica			

NOTA IMPORTANTE: Las habitaciones en el Accueil son de 6, 3,2 y 1 camas; la Hospitalidad se reserva el derecho de alojar al enfermo según las necesidades y plazas disponibles.

➤ **Protección de datos**

En cumplimiento del artículo 5º de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, sobre Protección de Datos de Carácter Personal, por el que se regula el derecho de información en la recogida de los datos, le informamos que los datos de carácter personal que Vd. nos facilita son necesarios y por tanto obligatorios, con la finalidad de mantener, desarrollar y cumplir las actividades organizadas por esta Hospitalidad, y serán incorporados a un fichero, debidamente registrado en la Agencia Española de Protección de Datos, cuyo responsable es el Presidente de la Hospitalidad que garantiza la confidencialidad y seguridad de los datos facilitados. Ud., con la firma del siguiente documento, consiente expresamente el tratamiento de sus datos de salud para la finalidad indicada Ud. tendrá derecho a acceder a sus datos de carácter personal, rectificarlos o, en su caso, cancelarlos, dirigiéndose al Presidente, HOSPITALIDAD DIOCESANA NUESTRA SRA. DE LOURDES, como responsable del fichero a la siguiente dirección: C/ Caballeros nº 7, 13001 Ciudad Real.

Al inscribirme como participante en la Peregrinación, **ACEPTO** todas las condiciones requeridas por la Hospitalidad, y me **COMPROMETO** a respetar las normas establecidas, **EXIMIENDO** de cualquier responsabilidad a la Hospitalidad si concurriese en su incumplimiento.

(Firma)

Firmado, en, a..... de mayo de 2024