



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA AEEED



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

APELLIDOS NOMBRE

NIF DIRECCIÓN.....

C.P..... POBLACIÓN.....

PROVINCIA..... NACIONALIDAD.....

TELEFONO..... MÓVIL..... E-mail.....

CENTRO DE TRABAJO.....

DIRECCIÓN..... C.P.....

POBLACIÓN..... PROVINCIA.....

TELEFONO..... EXT..... FAX.....

CATEGORÍA PROFESIONAL

- DIPLOMADO / GRADO DE ENFERMERÍA
- AUXILIAR DE ENFERMERÍA / TCAE

DATOS BANCARIOS

ENTIDAD.....

TITULAR DE LA CUENTA.....

Nº CUENTA (IBAN).....

DIRECCIÓN..... C.P.....

POBLACIÓN..... PROVINCIA.....

Firmando esta orden de domiciliación, autorizo a la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA (AEEED) a enviar las instrucciones a la entidad bancaria que consta en este formulario, para hacer el cargo anual, relativo a la cuota de asociado, y a dicha entidad a efectuar dicho cargo, en el nº de cuenta especificada en este formulario, siguiendo las instrucciones de la AEEED.

FECHA.....

FIRMA:

PRECIO CUOTA ANUAL DE ASOCIADO: 40 €

RELLENE Y REMITA A LA SECRETARÍA AEEED:

bolutres@hotmail.com o al Nº de Fax: +34 915 309 928

Información sobre protección de datos de carácter personal (LOPD). Los datos contenidos en el presente documento, serán incorporados a la base de datos de la Asociación Española de Enfermería en Endoscopia Digestiva (AEEED), y serán tratados de forma confidencial, con la finalidad de formalizar la inscripción a la AEEED y el envío de comunicaciones para la promoción profesional, desde la AEEED y/o entidades autorizadas por ella, salvo que indiques lo contrario marcando la siguiente casilla . En cualquier caso, puedes ejercer tus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación, solicitándolo por escrito a la AEEED, adjuntando una fotocopia del DNI a: bolutres@hotmail.com o BOLUS-3 Servicios, SL Paseo de las Delicias 136, 2ºC 28045. MADRID.