Reg.: CV-01-054227-V. Secc.1ª
NIF.: G98742844

A T E C N O S T I C
ASOCIACIÓN DE TÉCNICOS SANITARIOS DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

C/ Ermita Nova, 1 (O). 46110 GODELLA (Valencia). NIF. G98742844, atecnostic@gmail.com

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN - MODIFICACIÓN DE DATOS

Solicito a la Junta Directiva de la Asociación ATECNOSTIC [NIF. G98742844] el alta como asociado de número, con aceptación íntegra de sus Estatutos y Reglamentos. Asimismo, cedo mis datos personales para el uso y fines de la Asociación ATECNOSTIC, según la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (*), garantizando que todos los datos que firmo son veraces.

DATOS PERSONALES (escriba "…..", o marque con X "__")

NOMBRE: . . . . . DNI/NIE: . . . . . .
1er. Apellido: . . . . . 2º. Apellido: . . . . . .
CP: . . . . . DIRECCIÓN: . . . . . .
LOCALIDAD: . . . . . PROVINCIA: . . . . . .
F. NACIMIENTO: . . . . / . . . . / . . . . E-MAIL: . . . . . .
TELF. FIJO: . . . . . TELF. MÓVIL: . . . . . .
NACIONALIDAD: . . . . . .PASAPORTE: . . . . . .
SEXO: VARÓN __ MUJER __

DATOS PROFESIONALES (escriba "…..", o marquecon X "__")

SITUACIÓN LABORAL: EN ACTIVO __ PARADO __ ESTUDIANTE __ PENSIONISTA __
CENTRO DE TRABAJO/EMPRESA: . . . . . .
ANTIGÜEDAD: . . . . . TIPO DE CONTRATO: ESTATUTARIO __
FUNCIONARIO __ FIJO __
LABORAL PÚBLICO __ INTERINO __
LABORAL PRIVADO __
CATEGORÍA PROFESIONAL: . . . . . .
TITULACIÓN/ESPECIALIDAD HABILITADORA: . . . . . .
FECHA DE OBTENCIÓN: . . . . / . . . . / . . . .
OTROS (Condición Habilitadora; Títulos Universitarios, Idiomas, Informática, etc.):
. . . . . .
. . . . . .

En . . . . . , a . . . . . de . . . . . de 20. . . .

Fdo.:

*) En cumplimiento del art. 5 de la Ley O. 15/1999, de 13 de diciembre, se le informa que sus datos personales se incluirán en los ficheros informatizados de Asociados de la Asociación ATECNOSTIC [C/ Ermita Nova, 1 (O), 46110 Godella (Valencia)] para la gestión de cuotas y la prestación de servicios propios de la Asociación; así como que tiene derecho a acceder a la información sobre sus propios datos, a rectificarlos, oponerse a su tratamiento o pedir su cancelación.

DOMICILIACIÓN BANCARIA DE CUOTAS

Por la presente, D/Dña. . . . . con DNI/NIE . . . . . ,
titular de la C.c. o Lbta. Núm. IBAN ES __ __ ___ __ __ __ __ ___ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ Ruega a Vds. que los recibos mensuales por concepto de cuotas, girados a mi cargo por la Asociación ATECNOSTIC, sean adeudados en la C.c./Lbta. que poseo en esa entidad.

En . . . . . , a . . . . de . . . . . de 20. . .

Fdo.:

REMÍTASE LA PRESENTE SOLICITUD FIRMADA POR CORREO POSTAL A ATECNOSTIC, (C/ Ermita Nova, 1 (O). 46110 GODELLA, Valencia, ACOMPAÑADA DE: Fotocopia DNI/NIE o Pasaporte; Fotocopia Título profesional y 1 fotografía en color, tamaño carné.