



Datos Personales:

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____
DOMICILIO: _____
CÓD.POSTAL: _____ POBLACIÓN: _____ PROVINCIA: _____
DNI: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ TELÉFONO: _____
MAIL: _____

Datos Profesionales:

CATEGORÍA PROFESIONAL: MÉDICO/A DE ÁREA ENFERMERO/A DE ÁREA OTROS
VINCULACIÓN ADMINISTRATIVA: FIJO INTERINO EVENTUAL COMISIÓN DE SERVICIO
GERENCIA DE SALUD DE ÁREA: _____
CENTRO DE SALUD: _____

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos personales y garantía de los derechos digitales, se le informa de que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento van a ser incorporados a un fichero cuyo titular es la Agrupación de Profesionales de Área de Castilla y León (AMEACyL). Asimismo, se le informa de que la recogida y tratamiento de dichos datos tiene como finalidad el mantener el contacto con los socios, hacer llegar la información a éstos, e informar sobre actividades de su interés. Nunca serán cedidos a terceros salvo petición expresa al interesado. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante escrito (adjuntando fotocopia DNI) dirigido al *Agrupación de Profesionales de Área de Castilla y León (AMEACyL), Apartado de Correos 101, 24193 Navatejera (León)*, o al correo electrónico socios@ameacyl.com.

FIRMADO, a ____ de _____ de 20__.

HE LEIDO Y ESTOY CONFORME CON LA PROTECCIÓN DE DATOS
CONSIENTO EN EL ENVÍO DE INFORMACIÓN POR E-MAIL
CONOZCO Y ACEPTO LOS ESTATUTOS DE LA AGRUPACIÓN
ACEPTO MANTENERME AL DÍA EN EL ABONO DE LAS CUOTAS*
QUIERO RECIBIR INFORMACIÓN MEDIANTE WHATSAPP

AUTORIZO a la Asociación Agrupación de Profesionales de Área de Castilla y León (AMEACyL), con CIF G49300221 a cobrar las cuotas de socio a partir del año en curso, mediante domiciliación bancaria:

ENTIDAD BANCARIA: _____
TITULAR DE LA CUENTA: _____
IBAN: ES ____ ENTIDAD: _____ OFICINA: _____ DC: ____ CUENTA: _____

Y para que conste, firmo la presente en _____, con fecha de _____

Firmado:

Información Importante: El alta en la Agrupación será efectiva una vez haya remitido a la Asociación esta solicitud de inscripción y haya sido efectuado el primer cargo bancario anual por domiciliación (el importe es de 40 Euros). Puede remitirla firmada y escaneada por correo electrónico a altas@ameacyl.com o por correo postal a *Agrupación de Profesionales de Área de Castilla y León (AMEACyL), Apartado de Correos 101, 24193 Navatejera (León)*.