

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATOS PERSONALES**  |  |  |  |
| Nombre: 1er apellido: 2º apellido:  |   |   |   |
| Dirección C/.  | Nº:  | Piso:  | Letra:  |
| Código postal:  | Población:  | Provincia:  |
| DNI / NIF / Pasaporte:  |  |  |  |
| Teléfono 1:  |  | Teléfono 2:  |  |
| Fax:  |  | e-mail:  |  |
|  **DATOS PROFESIONALES**  |  |  |  |

Los datos personales recogidos, serán incorporados y tratados en el fichero de la asociación, cuya finalidad es informar a los socios de nuestras novedades, además de otras cesiones previstas en ley. El responsable del fichero es Asociación Profesional Española de Terapeutas Naturales, Avd. de Los Gavilanes 36, 41006-Sevilla,con N.I.F G90267097. Donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo por lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la ley orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha ingreso  |   |
| Número Asociado  |   |
| Procedencia  |   |

¿Ejerce

profesionalmente?

Sí

No

Contrato laboral

Autónomo

Demanda de

empleo

Dirección centro de trabajo:

C/.

Nº:

Piso:

Letra:

Postal:

Código

Provincia:

Teléfono:

Fax:

Titulado o diplomado

en:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INSTRUCCIONES DE DOMICILIACIÓN BANCARIA**  |  |  |  |  |  |
| **IBAN**  |   |   |   |   | **ENTIDAD**  |   |   |   | **OFICINA**  |   |   | **D.C.**   |   |   |   | **NÚMERO DE CUENTA**  |   |   |   |   |   |   |   |  |  |

 Autorizo a la Asociación APROETENA, a la utilización de mis datos, para el intercambio de correo concerniente a dicha asociación, según obliga la ley de protección de datos, por lo que doy mi conformidad y firmo:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Firma de autorización:  |  | Firma del solicitante:  |

 FECHA: / /

**NO OLVIDE INCLUIR…**

\*

\*

 fotocopias de DNI, pasaporte o tarjeta de residencia

2

222

 \* 2 fotografías tamaño carnet,

2

Fotocopias ede

 de

 De loo

Los Certificados de estudios en cualquier ámbito de las terapias o medicinas no convencionales

 ls

\*

2

 fotocopias de expedientes académicos oficiales

\*

2

 fotocopias de Alta en Licencia

 fiscal

\*

2

 fotocopias del último recibo pagado de la seguridad social

