

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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

