Asociación Madrileña de enfermería

FICHA DE AFILIACIÓN A AME POR BANCO

DATOS PERSONALES

APELLIDOS*:……..NOMBRE*:……..

DIRECCIÓN*:……Nº*……ESC……PISO…….

PROVINCIA*:……..TELF*:……../……D.N.I*……

POBLACIÓN*:……CP*……

FECHA NACIMIENTO*:……E-MAIL*……..

DATOS PROFESIONALES

EMPRESA/ADMON……SERVICIO:……

DIRECCIÓN:……Nº……

POBLACIÓN……CP……..TEF……..

AUTORIZACIÓN BANCARIA

C.C.C (Código Cuenta Cliente)*

ENTIDAD					SUC.					DC			CTA.CTE										

BANCO/CAJA*……POBLACIÓN*……

DIRECCIÓN*……..CP……

Sr. Dtor. De*……..a partir de la fecha ruego carguen en la Cta/Libreta indicada, los recibos que a nombre de*…….. Les presente Asociación Madrileña de Enfermeria (AME) C.I.F . G86668159 como cuota anual de afilicación.

Madrid,*…….de*……..de*……..

Fdo…….

Autorizo la comunicación de mis datos a terceros, si fuese necesario para la gestión de mis intereses, pudiendo ejercer mis derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición en cualquier momento.

Asociación Madrileña de Enfermeria (AME) C/ Corazón de Maria 50, 11B 28002-Madrid

www.ameenfermeria.com/ e-mail: enfer.ame.tesoreria@gmail.com

Recuerde: Los campos señalados con * y resaltados en rojo son de cumplimentación obligatoria

La firma y envío de este documento significa que usted ha leído y acepta los estatutos de la asociación.