



Asociación de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria de la Región de Murcia (APERMap)

Secretaría Técnica: Alquibla Congresos. C/ Pintor Villacis 4, 30003 Murcia Tlf. 968 225020 Fax. 968 225154
apermap@alquibla.com apermap@apermap.com www.apermap.com

SOLICITUD DE INGRESO

ACTUALIZACIÓN DE DATOS

(1).- El ingreso en la Asociación de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria de la Región de Murcia (APERMap), supone la aceptación y cumplimiento de todos sus Estatutos y reglamentos. (2).- Sus datos serán tratados conforme establece la ley Orgánica 05/1999 y disposiciones complementarias de Protección de Datos de Carácter Personal, con la finalidad de comunicarle las diferentes noticias y servicios que podrían serle de interés, salvo que nos indique lo contrario. Podrá consultar, modificar o cancelar sus datos, escribiendo o mandando un correo electrónico a la Secretaría General.

DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRE: _____

DOMICILIO: _____

CÓDIGO POSTAL: LOCALIDAD: _____

FECHA NACIMIENTO: NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL:

TELÉFONOS: _____ E-MAIL: _____

DATOS PROFESIONALES

PEDIATRA: MIR: ATS: OTRO: _____ // ADEMÁS, SOLICITO SER SOCIO DE SEPEAP: AEPap:

CENTRO TRABAJO: _____

SERVICIO / DPTO: _____

DIRECCIÓN: _____

CÓDIGO POSTAL: LOCALIDAD: _____

TELÉFONOS: _____ E-MAIL: _____

DATOS DE LA ENTIDAD BANCARIA

NOMBRE: _____

NÚMERO CUENTA:

DIRECCIÓN: _____

CÓDIGO POSTAL: LOCALIDAD: _____

EN _____ A _____ DE _____ DE 201_ • FIRMA: _____

✂ RECORTE POR ESTA LÍNEA Y ENTREGUE O ENVÍE LA AUTORIZACIÓN A SU ENTIDAD BANCARIA

AUTORIZACIÓN BANCARIA

Señor/a. Director/a., ruego que a partir de la fecha y hasta nuevo aviso, abone en la Cta. 2043-0090-36-0200517422, las cuotas que anualmente presentará la Asociación de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria de la Región de Murcia, con cargo a mi número de cuenta que a continuación detallo:

ENTIDAD: SUCURSAL: DÍGITOS DE CONTROL: CUENTA Nº.:

EN _____ A _____ DE _____ DE 201_ • FIRMA: _____