☐ **NUEVA INSCRIPCIÓN** ☐ **ACTUALIZACIÓN DE DATOS**

- **Nombre y apellidos:** .....
- **DNI**: ..... - **Fecha de nacimiento**: ..... - **Sexo**: ☐ V ☐ M
- **Profesión:** ☐ Enfermero ☐ Médico Generalista de Primaria

  ☐ Médico Especialista en ..... ☐ Otras: .....
  (Incluido Médico de Familia)
- **Centro de Trabajo:** ..... - **Area:** .....
- **Fecha de inicio y tipo de contrato:** .....
- **Domicilio:** .....
- **Teléfonos de contacto:** .....
- **Correo electrónico:** ..... **Fax:**.....
- SOLICITO : ser inscrito/a como socio en la **Asociación M.E.BAS** (A.M.E.BAS.)

Mediante la cumplimentación voluntaria de este cuestionario autoriza que los datos contenidos en el mismo sean incorporados a un fichero y almacenados para su uso por Asociación M.E.BAS.; para dirigirle notas ó comunicados y para su funcionamiento como asociación. Podrá ejercer los derechos de oposición, acceso, rectificación, cancelación de sus datos, previstos en la L.O. 15 / 1999 de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, solicitándolo así a la Asociación ME-BAS (Telf. 635140445-600409054)

?? ??

DOMICILIACIÓN BANCARIA

Ruego a Vds. se sirvan abonar con cargo a mi cuenta los recibos que pase a mi nombre la **ASOCIACIÓN DE MÉDICOS Y ENFERMEROS "A.M.E.BAS."**

Forma de pago: ☒ Mensual (12 Mensualidades de 6 euros.)

Banco/Caja: .....

Entidad	Sucursal	D.C.	Nº de cuenta
☐☐☐☐	☐☐☐☐	☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

APELLIDOS: ..... NOMBRE: .....

En ....., a ..... de ..... de 200.....

Fdo.:

Remitir por correo a: **Asociación de Médicos y Enfermeros "A.M.E.BAS."**
C/ Maderas nº 11 – pta. 2 - 46022 Valencia.
Teléfono de contacto: 635140445