



HOJA DE AFILIACIÓN

DATOS PERSONALES

NOMBRE..... FECHA DE NACIMIENTO.....

PRIMER APELLIDO ..... DNI.....

SEGUNDO APELLIDO.....

GÉNERO  MUJER  HOMBRE

DIRECCIÓN POSTAL.....

CÓDIGO POSTAL..... PROVINCIA/MUNICIPIO/LOCALIDAD.....

TELÉFONO FIJO..... TELÉFONO MOVIL.....

EMAIL.....

FECHA Y FIRMA DEL AFILIADO/A

Si decide afiliarse a esta asociación es obligatorio rellenar la presente solicitud, no pudiendo tramitar su afiliación si falta alguno de los datos requeridos.

Le informamos que Asociación Madrileña de Enfermería Independiente (A.M.E) es responsable del tratamiento de sus datos personales de conformidad con el RGPD y la LOPDGDD, con las siguientes finalidades: Emisión de recibos de la cuota de afiliación, así como la gestión de cobros de la misma, el envío de información y publicaciones sobre cuestiones que afecten a la vida interna de A.M.E y su actividad externa, la elaboración de estadísticas y prestación de servicios. Sus datos se conservarán durante no más tiempo del necesario para mantener el fin del tratamiento o mientras existan prescripciones legales que dictaminen su custodia y no serán comunicados a terceros, salvo por una obligación legal. Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, portabilidad, supresión, limitación y oposición en CL Berenisa, 15 - 28023 Madrid (Madrid). E-mail: info@ameenfermeria.com y el de reclamación a [www.aepd.es](http://www.aepd.es).

Datos de contacto del delegado de protección de datos: CL Floridablanca, 32 28200 San Lorenzo de El Escorial (Madrid) – dpo@adaptacióngdpr.com

DATOS LABORALES

TÍTULO:  GRADUADO  DIPLOMADO

ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA SI  NO

Ocupación:  SECTOR PRIVADO  DESEMPLEADA/O  AUTÓNOMA/O

SECTOR PÚBLICO  JUBILADA/O

CENTRO, EMPRESA O ENTIDAD:.....

PROVINCIA/MUNICIPIO/LOCALIDAD:.....

SITUACIÓN CONTRACTUAL:  FIJO  EVENTUAL  DESEMPLEADA/O

VINCULACIÓN LABORAL:  LABORAL  ESTATUTARIO  FUNCIONARIO

TURNOS DE TRABAJO:  MAÑANA  TARDE  ROTATORIO

MODALIDAD DE PAGO

TRANSFERENCIA BANCARIA A LA CUENTA ES27 1491 0001 20 3000084344 DE 40€ ANUALES

DOMICILIACIÓN BANCARIA:

TITULAR DE LA CUENTA:.....

BANCO:.....

IBAN	ENTIDAD	SUCURSAL	DC	NUMERO CUENTA
ES				

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el Deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar en su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha del adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera

FECHA Y FIRMA DEL DEUDOR/A