

Solicitud de incorporación como socio a la

Federación Española de Medicina Integrativa

Representante de la entidad:

Nombre y Apellidos Haga clic aquí para escribir texto.

Tipo de Documento Elija un elemento. Número de Documento Haga clic aquí para escribir texto.

Cargo en la entidad Haga clic aquí para escribir texto. Teléfono Haga clic aquí para escribir texto.

 Email Haga clic aquí para escribir texto.

Médico representante:

Nombre y Apellidos Haga clic aquí para escribir texto.

Tipo de Documento Elija un elemento. Número de Documento Haga clic aquí para escribir texto.

Número de colegiado Haga clic aquí para escribir texto. Especialidad Haga clic aquí para escribir texto.

 Email Haga clic aquí para escribir texto.

 Email Haga clic aquí para escribir texto.

 Email Haga clic aquí para escribir texto.

Entidad:

Nombre de la organización: Haga clic aquí para escribir texto.

Tipo de organización: Elija un elemento.

Fines de la organización Haga clic aquí para escribir texto.

NIF: Haga clic aquí para escribir texto.

Dirección Haga clic aquí para escribir texto.

Población Haga clic aquí para escribir texto. Provincia Haga clic aquí para escribir texto.

País Haga clic aquí para escribir texto. Código Postal Haga clic aquí para escribir texto.

Email Haga clic aquí para escribir texto.

 Teléfono Haga clic aquí para escribir texto.

 Web Haga clic aquí para escribir texto.

 Facebook Haga clic aquí para escribir texto.

 Otras redes sociales Haga clic aquí para escribir texto.

 Fecha: Haga clic aquí para escribir una fecha. Firma:

Documentación a adjuntar

[ ]  Dni del representante de la entidad

[ ]  Dni del médico representante

[ ]  Curriculum Vitae del médico representante

[ ]  Estatutos de la entidad

Cuotas

DATOS DE LA CUENTA BANCARIA, (Para domiciliar el pago anual)

Nombre del Titular de la Cuenta Haga clic aquí para escribir texto.

Nombre de la entidad Haga clic aquí para escribir texto.

Dirección Completa del Titular Haga clic aquí para escribir texto.

Código Postal Haga clic aquí para escribir texto.

Población Haga clic aquí para escribir texto.

Provincia Haga clic aquí para escribir texto.

Entidad Bancaria Haga clic aquí para escribir texto.

IBAN Haga clic aquí para escribir texto.

Número de Cuenta (20 dígitos) Haga clic aquí para escribir texto.

Autorizo se realice la domiciliación del pago de la cuota anual de la Federación, por la cantidad de 100 Euros al año:

Nombre y apellidos del Representante:

DNI del Representante:

Fecha: Haga clic aquí para escribir una fecha. Firma del Representante:

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), y demás normativas de desarrollo le informamos que sus datos de carácter personal se encuentran incorporados en un fichero inscrito en el Registro General de Protección de Datos del que es responsable **FEDERACION ESPAÑOLA DE MEDICINA INTEGRATIVA**. En cumplimiento de la Ley 34/2002, de 11 de julio de 2002, de Servicios de la Sociedad de la Información y de Comercio Electrónico, le informamos que su dirección de correo electrónico figura en nuestra base de datos, bien porque se ha suscrito a algún boletín emitido por nuestra entidad o bien, porque ha solicitado información sobre nuestros productos o servicios o bien, porque nos ha facilitado sus datos por teléfono o por correo electrónico. Sus datos personales podrán utilizarse con la finalidad de remitirle información comercial o publicidad, manteniendo la confidencialidad en el tratamiento de los datos personales. Si NO desea continuar recibiendo comunicaciones electrónicas, comuníquenoslo a la dirección abajo consignada. Los datos contenidos en el presente correo son confidenciales y están legalmente protegidos. Si usted no fuese el destinatario del mismo y ha recibido este mensaje por error, deberá proceder a su destrucción y comunicarlo inmediatamente al remitente. Si Usted desea ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, le rogamos nos lo comunique por escrito, acompañando fotocopia del DNI u otro documento de identidad, a través del correo electrónico a secretaria@federaciondemedicinaintegrativa.org