



Asociación de Medicina Estética de Madrid

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

D./Dña. _____ DNI: _____; con residencia en
_____ C.P.: _____; provincia de: _____; con
teléfono: _____; dirección E-mail: _____; afirma estar colegiado
en la provincia de: _____; con número: _____; y especialidad:
_____.

Desea ingresar como miembro en la Asociación de Medicina Estética de Madrid, comprometiéndose en el acto de firmar la presente solicitud a cumplir el Reglamento y a colaborar en los fines comunes.

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA:

CUOTA ANUAL: 75,00€ (corresponde a los 12 meses siguientes desde la fecha de abono). El débito se realizará por domiciliación bancaria la primera quincena del mes de Junio del año en curso. En caso de inscripción posterior, se debitará cuota proporcional según fecha de inscripción.

Nombre de la entidad bancaria: _____,
con domicilio en: _____; población: _____;
C.P.: _____ provincia de _____.
Titular de la cuenta: _____
Código IBAN completo: ES _____

En _____, a _____ de _____ de 20 _____ FIRMA: _____

Se le informa que los datos de carácter personal que contiene este documento serán objeto de tratamiento informático e incorporados a ficheros de la Asociación de Medicina Estética de Madrid (AMEM), destinados a su gestión administrativa y contable; además serán empleados para remitirle información relacionada con los fines y actividades de la AMEM que se considere que puedan ser de su interés o resultarle útiles. Así mismo, se le informa que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en las disposiciones vigentes, mediante escrito dirigido al responsable del tratamiento de los mismos: Asociación de Medicina Estética de Madrid, Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, C/ santa Isabel, 51. 28012. Madrid.

Con la firma de este documento se entiende que usted presta su consentimiento inequívoco al tratamiento de sus datos de carácter personal para las expresadas finalidades y que autoriza a la AMEM a enviarle, por cualquier medio que estime oportuno, la aludida información hasta que, en su caso, dicho consentimiento sea revocado.

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA:

CUOTA ANUAL: 75,00€ (corresponde a los 12 meses siguientes desde la fecha de abono). El débito se realizará por domiciliación bancaria la primera quincena del mes de Junio del año en curso. En caso de inscripción posterior, se debitará cuota proporcional según fecha de inscripción.

Nombre de la entidad bancaria: _____,
con domicilio en: _____; población: _____;
C.P.: _____ provincia de _____.
Titular de la cuenta: _____
Código IBAN completo: ES _____

Ruego a ustedes se sirvan tomar nota de que, hasta nuevo aviso, deberán adeudar en mi cuenta con esa entidad la cuota de inscripción y el recibo anual que a mi nombre les sean presentados para su cobro por la Asociación de Medicina Estética de Madrid (AMEM).

Indique fecha y firma: _____

(ES OBLIGATORIO RELLENAR TODOS LOS CAMPOS)