

**Sol.licitud d'inscripció com a soci/a en
L'ASSOCIACIÓ CATALANA IMATGE CORPORAL I DERMOESTÈTICA DIPLOMADES EN INFERMERIA
(ACICDDI)**



Amb la present full d'inscripció, sol·licito que es procedeixi a tramitar la meua afiliació a l'Associació ACICDDI.

Com a soci/a de ACICDDI tindrè dret a participar en totes les seves activitats, així com a tots els drets que em corresponguin d'acord amb els Estatuts de l'Associació.

Periòdicament rebré notificació de les activitats que ACICDDI porta a terme dins de l'àmbit de la difusió social del paper del/a infermer/a com a gestor/a de la imatge corporal i dermoestètica.

La informació sol·licitada en aquest formulari ha de ser lliurada en mà o enviada per correu a Floridablanca 75, Ent. 2n, 08015 Barcelona o per e-mail nsaez@coib.cat, degudament emplenada.

Dades Personals

Nom _____

Cognoms _____

Direcció _____

DNI _____ N° Colegiat/da _____

Població _____ C.P. _____

Província _____

Data naixement ____/____/____

Mòbil _____ Tel. _____

E-mail _____

Notificacions: Correu electrònic Telèfon

Xarxes socials

Marqui una x en la casella:

Sòci/a quota anual: 60€

Forma de pagament:

Transferència bancària Pay Pal

Nº de compte: ES70 2100 3001 6622 0049 2405

Entitat: CAIXABANK

Assumpte a indicar en el banc: "Inscripció soci/a"

Protecció de dades: Segons normativa del RG de Protecció de dades de caràcter personal es garanteix que les seves dades quedaran recollides en un fitxer automatitzat titularitat de l'Associació ACICDDI, que serà utilitzat per gestionar i promocionar les activitats de la nostra Associació.

Vostè pot exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació, oposició i a retirar el consentiment prestat, per a això haurà de dirigir mitjançant correu a la nostra adreça de ACICDDI. C/Floridablanca, 75 Ent. 2ª.08015 Barcelona NIF:G67225474.

A el de de 201... Signatura de l'interessat/da:.....