

**Solicitud de Inscripción como socio/a en
L'ASSOCIACIÓ CATALANA IMATGE CORPORAL I DERMOESTÈTICA DIPLOMADES EN INFERMERIA
(ACICDDI)**



Con la presente hoja de inscripción, solicito que se proceda a tramitar mi afiliación a la Asociación ACICDDI.

Como socio/a de ACICDDI tendré derecho a participar en todas sus actividades, así como a todos los derechos que me correspondan de acuerdo con los Estatutos de la Asociación.

Periódicamente recibiré notificación de las actividades que ACICDDI lleva a cabo dentro del ámbito de la difusión social del papel del/a enfermero/a como gestor/a de la imagen corporal y dermoestética.

La información solicitada en este formulario debe ser entregada en mano o enviada por correo a Floridablanca 75, Ent. 2º, 08015 Barcelona o por e-mail nsaez@coib.cat, debidamente cumplimentada.

Datos Personales

Nombre _____

Apellidos _____

Dirección _____

DNI _____ Nº Colegiado/a _____

Población _____ C.P. _____

Provincia _____

Fecha nacimiento ___/___/____

Móvil _____ Tel. _____

E-mail _____

Notificaciones: Correo electrónico Teléfono

Redes sociales

Marque una x en la casilla:

Socio/a cuota anual: 60€

Forma de pago:

Transferencia bancaria Pay Pal

Nº de cuenta: ES70 2100 3001 6622 0049 2405

Entidad: CAIXABANK

Asunto a indicar en el banco: "Inscripción socio/a"

Protección de datos: Según normativa del RG de Protección de datos de Carácter Personal se garantiza que sus datos quedarán recogidos en un fichero automatizado titularidad de la Asociación ACICDDI, que será utilizado para gestionar y promocionar las actividades de nuestra Asociación.

Vd. puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y a retirar el consentimiento prestado, para ello deberá dirigirse mediante correo a nuestra dirección de ACICDDI. C/Floridablanca, 75 Ent. 2º.08015 Barcelona NIF:G67225474.

En..... a de de 201...

Firma del interesado/a:.....