



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA CERVICAL Y COLPOSCOPIA

FORMULARIO de INSCRIPCIÓN

NOMBRE			
APELLIDOS			
NIF			
DOMICILIO			
POBLACIÓN		C. P.	
PROVINCIA			
EMAIL		TEL.	
C. DE TRABAJO			
ESPECIALIDAD			

Información básica sobre Protección de datos
Responsable: ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA CERVICAL Y COLPOSCOPIA; Finalidad: Prestar los servicios solicitados, domiciliar el recibo de la asociación y enviar comunicaciones comerciales; Legitimación: Consentimiento del interesado y ejecución de un contrato. Destinatarios: Están previstas cesiones de datos a: Entidades financieras Derechos: Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, indicados en la información adicional, que puede ejercer dirigiéndose a secretaria_tecnica@aepcc.org o C/ GASCÓ OLIAG 6

ESCALERA C, DESPACHO 4 - 46010 - VALENCIA;
Información adicional: En la página web www.aepcc.org

El pago de la primera cuota de socio se debe realizar en la cuenta de Caixabank ES57 2100 3209 1422 0036 1694 a nombre de la AEPCC, indicando con concepto su nombre y apellidos.

DOMICILIACIÓN BANCARIA

Solicito mi inscripción a la AEPCC y acepto el pago de la cuota de 40,00 € anuales

☐

El abajo firmante autoriza a la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA CERVICAL Y COLPOSCOPIA (AEPCC), desde la fecha presente y con carácter indefinido en tanto continúe la relación de voluntariedad del firmante de ser SOCIO de la AEPCC, a efectuar el cobro anual mediante recibo bancario a la cuenta bancaria especificada en la presente autorización, según lo exige la Ley de Servicios de Pagos 16/2009, y bajo el tipo de inscripción seleccionado.

IBAN	ENTIDAD	OFICINA	D.C	Nº CUENTA

TITULAR	
DOMICILIO	
FIRMA	

En _____ a _____ de _____ de 202

Envíe este boletín por email a secretaria_tecnica@aepcc.org o por correo postal a
C/ Gascó Oliag, 6- Esc C. Desp 4 46010 Valencia.