



Asociación de Profesionales
en Técnicas Naturales y Manuales

A rellenar por la entidad
una vez aceptada la solicitud:

Fecha de alta: ___/___/___

Nº de Socio: _____

Solicitud de ingreso en QUIROMAD
Asociación de Profesionales en Técnicas Naturales y Manuales

Los datos de esta solicitud y los documentos adjuntos son estrictamente confidenciales y son custodiados por la Secretaria General de la entidad.

Datos del socio/a:

Nombre y apellidos: _____

Dirección: _____ C. Postal: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

e-mail: _____

Telf. particular: _____ Telf. Trabajo: _____ Telf. Móvil: _____

DNI/NIE/Pasaporte: _____ Caducidad: ___/___/___ Fecha de nacimiento: _____

Datos profesionales:

Indicar la formación que el solicitante puede acreditar en Terapias Naturales:

Situación laboral: Autónomo Cooperativa Cuenta Ajena

Orden de domiciliación bancaria:

Autorizo a QUIROMAD a efectuar el cobro de las cuotas establecidas, que me dan la condición de socio de pleno derecho, en la cuenta bancaria que a continuación se detalla:

Firma del titular de la cuenta bancaria:

Entidad	Oficina	D.C.	Número de cuenta

Documentación adjunta a la solicitud de ingreso:

Fotocopia DNI/NIE/Pasaporte Foto tamaño carnet Acreditación estudios Acreditación laboral

Firma del solicitante

Solicito ser admitido en QUIROMAD, en _____ a _____ de _____ de 200__.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos Personales, le informamos que sus datos están incorporados a nuestros ficheros, con la finalidad de mantener relaciones profesionales y/o comerciales. Si lo desea puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, en los términos establecidos legalmente, dirigiéndose a: QUIROMAD – Asociación de Profesionales en Técnicas Naturales y Manuales, Responsable Protección de Datos, Paseo Dr. Vallejo Nagera, 52-Local. 28005 Madrid.