



Secretaría Técnica
C/ Chile, 10 - Oficina 37
28290 - Las Rozas (Madrid)
Fax.- 91 630 90 96
Tels.- 630 631 870 - 660 578 184
E-mail: semap@semap.org
Web: www.semap.org

Por favor, rellene este formulario y envíelo por correo electrónico pulsando en el botón inferior o imprímalo y envíelo por correo postal o fax a la Secretaría Técnica de SEMAP. Los campos resaltados son obligatorios.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Datos personales

Apellidos Nombre

Dirección

Código Postal Población Provincia

E-mail Teléfono fijo Teléfono móvil

Centro de trabajo

Centro de trabajo Área

Dirección

Código Postal Población Teléfono

E-mail

Deseo formalizar mi inscripción a SEMAP

Domiciliación bancaria · Cuota de asociado 35 € anuales

Entidad Domicilio sucursal

Población Código Postal

Número de cuenta corriente

Hasta nuevo aviso, autorizo a la entidad mencionada a pagar de mi cuenta arriba indicada los recibos presentados al cobro por SEMAP.

Fecha Firma

De conformidad con la Ley Orgánica 15/99 de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de carácter personal, le informamos de que los datos recabados a través de este formulario tienen como finalidad la inscripción como asociado en la Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria (SEMAP). Estos datos se incorporarán a la base de datos de la Sociedad con el fin de cumplir con su objeto social. Los datos que obren en poder de SEMAP no serán cedidos a ninguna persona física o jurídica, salvo para el cobro de cuotas, garantizando con ello la no transferencia de datos facilitados a la Asociación.

Asimismo, le informamos de la posibilidad de ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y especificación de las finalidades para las que autoriza el uso de sus datos, en los términos establecidos en la legislación vigente, que podrá hacer efectivos dirigiéndose a SEMAP.

Acepto el apartado referente a la Ley Orgánica 15/99 de 13 de Diciembre