

El que suscribe desea pertenecer a la Asociación Gaditana de Derecho Sanitario, para lo cual rellena y entrega el presente boletín de inscripción.

DATOS PERSONALES Y DE CONTACTO:

Nombre:	<input type="text"/>	Apellidos:	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento:	<input type="text"/>	DNI/NIF/Pasaporte:	<input type="text"/>
Profesión:	<input type="text"/>		
Dirección/Domicilio:	<input type="text"/>		
Municipio:	<input type="text"/>	Provincia:	<input type="text"/>
		C.P.:	<input type="text"/>
Teléfono/Móvil:	<input type="text"/>	Fax:	<input type="text"/>
		E-mail:	<input type="text"/>

DATOS DE LA MERCANTIL (Rellenar sólo en caso de personas jurídicas):

Razón Social:	<input type="text"/>		
Domicilio social:	<input type="text"/>		
Objeto social:	<input type="text"/>	CIF:	<input type="text"/>
Municipio:	<input type="text"/>	Provincia:	<input type="text"/>
C.P.:	<input type="text"/>	Tel.:	<input type="text"/>
		Fax:	<input type="text"/>
E-mail:	<input type="text"/>	Web:	<input type="text"/>

DATOS DEL ADMINISTRADOR:

Nombre:	<input type="text"/>	Apellidos:	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento:	<input type="text"/>	DNI/NIF/Pasaporte:	<input type="text"/>
Dirección/Domicilio:	<input type="text"/>		
Municipio:	<input type="text"/>	Provincia:	<input type="text"/>
		C.P.:	<input type="text"/>
Teléfono/Móvil:	<input type="text"/>	Fax:	<input type="text"/>
		E-mail:	<input type="text"/>

DATOS BANCARIOS:

Código IBAN:	<input type="text"/>	Nº de C.C.:	<input type="text"/>
Entidad:	<input type="text"/>	Municipio:	<input type="text"/>
Sucursal:	<input type="text"/>		
Titular/es:	<input type="text"/>		

• CUOTA ANUAL: 60 € (SESENTA EUROS).

IBAN/CCC AGADESA: ES78 0216 3031 91 0602739118

**IMPRIMA ESTE IMPRESO Y ENVÍELO JUNTO
A JUSTIFICANTE DE INGRESO DE LA CUOTA
EN CUENTA BANCARIA A:**

AGADESA
Asociación Gaditana de Derecho Sanitario
Avda Ana de Viya nº 5, Oficina 203
11009-CÁDIZ

**ASIMISMO PUEDE ENVIARNOS LA MENCIONADA
DOCUMENTACIÓN A NUESTRA DIRECCIÓN DE EMAIL:**
info@agadesa.com

Mediante la cumplimentación y envío del presente formulario, el que suscribe presta su consentimiento para el tratamiento automatizado de los datos incluidos en el mismo y cuya finalidad es el cumplimiento de los fines propios de la Asociación, así como para el envío de información sobre las actividades desarrolladas por la misma.

Se informa además al suscribiente que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a la Sede de la Asociación, sita en la ciudad de Cádiz, Avda Ana de Viya 5, Oficina 203. Todo ello conforme a lo dispuesto en la LOPD 15/99.

Fecha y firma: