ASOCIACIÓN CASTELLANO Y LEONESA DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

FICHA DE INSCRIPCIÓN

NOMBRE																			
APELLIDOS																			
FECHA NACIMIENTO									**N.I.F.**										

DOMICILIO		**CÓD. POSTAL**						
LOCALIDAD		**PROVINCIA**						
TELÉFONO/S								
CORREO ELECTRÓNICO								

PROFESIÓN	**ENFERMERA**	**ESPECIALIDAD PEDIATRIA**	**SI** ☐ **NO** ☐
		OTRA ESPECIALIDAD	
	OTRA PROFESIÓN		

CENTRO DE TRABAJO	
PUESTO DE TRABAJO	

ENTIDAD BANCARIA																									
CÓDIGO IBAN																									
☐ **Doy mi consentimiento para cargar en mi cuenta la cuota de inscripción anual**																									

En …… a …… de …… 20

Firmado:

PROTECCIÓN DE DATOS: de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento UE 2016/679 de 27 de abril de 2016 (GDPR), le informamos que los datos personales, recabados del propio interesado o de fuentes públicas, serán tratados bajo la responsabilidad de la Asociación Castellano y Leonesa de Enfermería Pediátrica (ACYLEP) y de las personas o entidades vinculadas con ésta para la gestión de las actividades de la Asociación. En cualquier momento puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y los de limitación y oposición a su tratamiento enviando un correo a acylep@gmail.com.

CONFORME: SI ☐ **NO** ☐