

*ASOCIACION PROFESIONAL DE ESPECIALISTAS DE MINDFULNESS
(APEM)*

Formulario de Asociado

Solicito a la ASOCIACION PROFESIONAL DE ESPECIALISTAS EN MINDFULNESS APEM) tramiten mi Alta como asociado en la misma, de conformidad con lo establecido en sus Estatutos, cuyos fines expresamente doy por conocidos y aceptados.

Nombre Apellidos:

NIF:

Profesión:

Dirección Ciudad:

Provincia Código Postal:

Teléfono de contacto:

Email:

Orden de Domiciliación Bancaria

Sr. Director de la Entidad:

Dirección: Localidad:

Ruego de esa Entidad se sirva atender (hasta nuevo aviso) los recibos que a mi nombre presente la *ASOCIACION PROFESIONAL DE ESPECIALISTAS EN MINDFULNESS (APEM)* a la que doy mi conformidad.

Número de Cuenta: Código IBAN 24 posiciones.

PROTECCION DE DATOS: El asociado queda informado y consiente de forma expresa que sus datos personales pasen a formar parte de un fichero responsabilidad de la Asociación con la finalidad de realizar las actividades estatutarias.

El asociado queda informado que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación dirigiéndose por escrito a la dirección de la Asociación.

Lugar y fecha:

Firmado: