



**Asociación Andaluza
Técnicos Superior en Audiología Protésica**
C/ Dr. Marañón Nº 8 - Local
11002 Cádiz

SOLICITUD DE ALTA EN LA ASOCIACIÓN ANDALUZA DE TÉCNICOS SUPERIORES EN AUDIOLOGÍA PROTÉSICA

NOMBRE								
APELLIDOS								
PROFESIÓN	TEC. SUP. AUDIOLOGIA PROTÉSICA			DNI				
OTRA PROFESIÓN				ESPECIALIDAD	CATEGORÍA			
DIRECCIÓN								
CIUDAD					PROVINCIA DE			
CÓDIGO POSTAL				FECHA DE NACIMIENTO				
NATURAL DE				PROVINCIA DE				
TLF. FIJO				TLF. MÓVIL				
EMAIL								
BANCO								
NUMERO CUENTA	IBAN		ENTIDAD (4 dígitos)		SUCURSAL (4 dígitos)		DC (2 dígitos)	
	NÚMERO DE CUENTA (10 dígitos)							
FORMA DE PAGO DE LA CUOTA								
TIPO		FORMA						
ANUAL		120€/año (febrero)						
SEMESTRAL		60€/cada 6 meses (febrero y julio)						

AUTORIZACIÓN DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

Autorizo a la AATSAP a domiciliar en mi cuenta corriente el recibo anual/semestral por valor e ciento veinte euros (120€) o sesenta euros (60€), según elección marcada, correspondiente a la cuota total anual.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal, se pone en conocimiento del destinatario del presente correo electrónico, que los datos incluidos en este mensaje, están dirigidos exclusivamente al citado destinatario cuyo nombre aparece en el encabezamiento. Asimismo le informamos que sus datos de correo han quedado incluidos en nuestra base de datos a fin de dirigirlle, por este medio, comunicaciones comerciales, profesionales o informativas y que usted dispone de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y especificación de los mismos, derechos que podrá hacer efectivos dirigiéndose a la siguiente dirección asoc.andaluzatsap@gmail.com



**Asociación Andaluza
Técnicos Superior en Audiología Protésica**
C/ Dr. Marañón Nº 8 - Local
11002 Cádiz

Documentación a adjuntar:

- Fotocopia del título de Tec. Sup. Audiología Protésica
- Copia del DNI en vigor (puede ser escaneado; anverso y reverso)
- Foto actual tamaño carné (escaneada en color)
- Solicitud de alta

En _____ a ____ de _____ de _____

- Al marcar esta casilla FIRMO el documento Solicitud de alta y ACEPTO todo lo anterior y
- SOLICITO expresamente mi alta como socio en la AATSAP. Además ACEPTO que todos los datos anteriores son CORRECTOS y VERÍDICOS y serán tratados conforme a la normativa vigente.

Firmado.-