



**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 dirigirle, 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](mailto: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.-