



**Asociación Andaluza
Técnicos Superior en Audiología Protésica**
C/ Dr. Marañón N° 10 Dup. 2° B
11002 CADIZ

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____
DNI: _____ DIRECCIÓN: _____
CODIGO POSTAL: _____ LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____
TELÉFONO: _____ C-ELECTRÓNICO: _____
PROFESIÓN/ESTUDIANTE DE: _____

SOCIO DE: _____
(Indique la Asociación a la que pertenece o el Centro en el que estudia)

FECHA DE TRANSFERENCIA BANCARIA: _____

IMPORTE TRANSFERIDO: _____

EL IMPORTE TRANSFERIDO CORRESPONDE A: _____
(Indique solo V Jornadas o V Jornadas + Alta de Socio)

DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN (Señale con una cruz)

.....JUSTIFICANTE BANCARIO

.....FOTOCOPIA DNI

.....FOTOCOPIA CARNET DE SOCIO

.....JUSTIFICANTE TASAS ACADEMICAS CURSO 2019

.....FOTOCOPIA TÍTULO T.S.A.P.

(en el supuesto de no pertenecer a ninguna asociación)

Mediante el presente documento, solicito la inscripción en la V Jornadas Andaluza de Audiología Protésica y adjunto la documentación solicitada aceptando así las condiciones de las que he sido informado mediante el documento de información general y estoy conforme

En _____ a _____ de _____ de 2019

Le comunicamos que sus datos forman parte del Registro de Tratamiento de la Asociación Andaluza de Técnicos Superiores en Audiología Protésica con la finalidad de controlar la asistencia a las V jornadas de Audiología Protésica-. Como consecuencia de la relación contractual que mantenemos por su condición de asistente, solicitamos su autorización para ceder sus datos a los ponentes representantes de Otometrics, Belsaund, Audias, Salvat, Ama, Upta, Audiotools. Asimismo, de acuerdo con los derechos que le confiere la normativa vigente en protección de datos podrá ejercer los de acceso, rectificación, limitación, supresión, portabilidad y oposición al tratamiento de sus datos de carácter personal, dirigiendo su petición al correo electrónico asoc.andfaluzatsap@gmail.com

ACEPTO

Firmado;