

## HOJA DE AFILIACIÓN

Nombre: ..... Apellidos: .....

Fecha de nacimiento: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Nacido en: .....

Domicilio: ..... Nº: ..... Piso/Esc.: .....

CP:..... Localidad: ..... Provincia: .....

Teléfono: ..... Móvil: ..... DNI: .....

Correo electrónico: .....

Titulación: .....

(Titulado, habilitado, estudiante)

Nombre entidad bancaria: ..... Titular de la cuenta: .....

Nº de cuenta:

IBAN 4 (DÍGITOS)	ENTIDAD 4 (DÍGITOS)	SUCURSAL 4 (DÍGITOS)	DC 2 (DI)	Nº DE CUENTA 10 (DÍGITOS)

Datos adjuntos:

\* Se ruega se comunique a la asociación, con la mayor brevedad posible, cualquier cambio en los datos anteriores. Tener los datos actualizados es imprescindible para poder enviarte nuestra información, y poder contactar en caso de necesidad.

Cláusula de protección de datos.

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, quedo informado de la incorporación de mis datos a los ficheros existentes en la ASOCIACIÓN BALEAR DE HIGIENISTAS BUCODENTALES Y DE HIDES DE ÁMBITO NACIONAL. Asimismo, quedo informado de que los datos facilitados serán únicamente tratados para la ejecución de los fines propios de la asociación, para su uso interno, así como para oferta, realización de operaciones y contratación de los servicios relacionados con tales fines.

Estoy informado del derecho a oponerme al tratamiento de cualquiera de mis datos que no sean imprescindibles para la gestión de los fines de la asociación y de los intereses de sus asociados y a su utilización para cualquier finalidad distinta. Quedo igualmente informado de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente. El responsable del fichero es: ASOCIACIÓN BALEAR DE HIGIENISTAS BUCODENTALES, C/Solleric nº 20. 07340. Alaro. Mallorca. Islas Baleares, a donde puede dirigirse por escrito o ponerse en contacto [secretariahidesbalears@gmail.com](mailto:secretariahidesbalears@gmail.com) o al teléfono 634 31 04 03 a La ASOCIACIÓN BALEAR DE HIGIENISTAS BUCODENTALES, solicita su autorización para el tratamiento de sus datos. Por lo que firmo la presente carta en señal de aceptación.

En ..... a ..... de ..... 20 .....

Fdo: