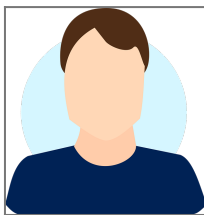


Asociación Provincial de Técnicos Auxiliares Farmacia de Lugo



SOCIO Nº:

SOLICITUD DE INGRESO

Solicito el ingreso en la Asociación, comprometiendome a aceptar y cumplir los estatutos de la misma.

Nombre:	Apellidos:	DNI:
---------	------------	------

DOMICILIO ACTUAL

Calle:	Nº:	Piso:
Localidad:	CP:	Provincia:
Teléfonos:	Email:	

¿Tienes el título de Técnico de Farmacia o Acreditación? SI NO

DOMICILIACIÓN BANCARIA

Admito que los recibos de las cuotas de la Asociación Provincial de Aux. de Farmacia de Lugo, sean cargados a mi nombre en la cuenta numero:

Nº Cuenta:	Entidad:
------------	----------

Los datos que UD proporciona serán introducidos en los ficheros de la asociación. En cumplimiento de la ley orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal, puede, en todo momento, ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, Cancelación y oposición, dirigiendo un escrito al secretario de la asociación. Se tomará el Nº DNI como autorización.