



**Asociación Nacional para la Promoción Profesional
del Celador en Instituciones Sanitarias**

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ALTA EN APROCINS

Datos del asociado:

Nombre y apellidos:
Fecha de nacimiento:**NIF:**
Domicilio:
Localidad:**Código postal:**
E-mail:
Teléfono:

Centro de trabajo:

Centro de trabajo:
Dirección:
Localidad:**Provincia:**
Actividad:.....

Aportación económica realizada: 5 € anuales.

Banco de Santander nº de cuenta: 00490126602510737539. En el ingreso, debe constar el nombre y el centro de trabajo.

En a de de 20

**Para acceder a la zona privada de nuestra pagina Web (www.aprocins.es)
deberá introducir su NIF con la letra en el campo de usuario, la contraseña será:
aprocins. Posteriormente tendrá opción de cambiar estos datos a su conveniencia.**

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), se le informa de que sus datos personales, serán incorporados a un fichero propiedad de APROCINS, para la gestión de la solicitud presentada. Puede ejercitar, en los casos en que proceda, sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiéndose por escrito a: aprocins@gmail.com.