



HOJA DE AFILIACIÓN

Número de afiliado

DATOS PERSONALES

- Nombre y apellidos:
- DNI/NIE:
- Fecha de Nacimiento:
- Nacionalidad:
- Domicilio:
 - CP:
 - Localidad:
 - Provincia:
- Teléfono:
- Email:

DATOS PROFESIONALES

- Titulación (Grado/Licenciatura):
- Homologación nacional del título (si título medicina extranjero): Sí No
- Número de colegiado:
- Tipo de ejercicio: Público Privado Compañías Ejercicio Libre
- Tiempo de experiencia en el sector:

DATOS LABORALES

- Lugar/Centro de trabajo/Servicio:
- Urgencias Hospitalarias Urgencias Extrahospitalarias
- Atención primaria con/sin guardias de urgencias
- Tipo de Contrato: Estatutario Funcionario Laboral Otro
Interino Sustituto Eventual En paro



INFORMACIÓN Y ACEPTACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Conforme a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, sus datos personales serán tratados por la **ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MÉDICOS GENERALES (ASEMEG)** con N.I.F. G56946098, con la finalidad de la inscripción, gestión, asesoramiento, y cobro de cuotas de nuestros afiliados, siendo posible la cesión de dichos datos a ASEMEG para la correcta contabilización del nº de afiliados.

Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión y demás derechos recogidos en la normativa mencionada, remitiendo una solicitud por escrito a la dirección C/ San Sebastián nº 17, Alcalá de Guadaíra, 41500 o a través de la siguiente dirección de correo electrónico: afiliados@asemeg.com, adjuntando fotocopia de su D.N.I. o documento equivalente. Puede solicitar información adicional acerca de cómo tratamos sus datos al correo electrónico arriba indicado.

Asimismo, en cumplimiento de la normativa citada, es necesario marcar con una cruz las casillas de verificación. En el caso de que marquen el NO, entenderemos que no nos autoriza a dicho tratamiento.

- SI NO **AUTORIZO** el uso de mis datos personales con la finalidad de recibir información relativa a la asociación.
- SI NO **AUTORIZO** la cesión de mis datos personales, en los términos arriba indicados.

PAGO CUOTA ANUAL

La **cuota anual** queda fijada en **60€*** (en un solo pago), por la Asamblea General. Se solicita que cada socio/nuevo afiliado realice el pago de la misma mediante **transferencia bancaria**** a la cuenta de la asociación:

Nº Cuenta ASEMEG:
ES42 2100 3683 5022 0016 0736

(Concepto: Nombre completo) y enviar el justificante al correo electrónico: afiliados@asemeg.com

*Dicha cuota solo podrá ser modificada bajo Asamblea General y posterior información a todos los socios.

**En caso de NO realizar el pago por transferencia, rellenar la siguiente hoja para la domiciliación bancaria.

FIRMA:

En _____ a ___ de _____ de 202__

ENVIAR ESTE FORMULARIO A afiliados@asemeg.com

Asociación Española de Médicos Generales

ASEMEG



(RELLENAR SÓLO SI NO SE DESEA REALIZAR LA TRANSFERENCIA BANCARIA DE LA CUOTA ANUAL DE 60€)

ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA

- Referencia de la orden de domiciliación: Cuota anual ASEMEG
- Identificador del acreedor: G56946098
- Nombre del acreedor: ASEMEG (Asociación Española de Médicos Generales)
- Dirección: c/ San Sebastián nº 17
- Código postal- Población- Provincia: 41500- Alcalá de Guadaira – Sevilla
- País: España

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar en su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en su cuenta. Pude obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

- Nombre y apellidos del deudor:
 - DNI:
 - Domicilio:
 - País:
 - Nº de cuenta - IBAN (Código Internacional de Cuenta Bancaria):
-
- Tipo de pago: Pago anual

Autorizo a Vds. para que, a partir de la fecha abonen el recibo de **60€ anual**, que con cargo a mi cuenta sea presentado por la Asociación Española de Médicos Generales (ASEMEG).

FIRMA:

En _____ a _____ de _____ de 202__