



**ASOCIACION ESPAÑOLA DE SECRETARIADO
MÉDICO Y ADMINISTRATIVOS DE LA SALUD**

(Inscrita en el Registro de Asociaciones con el nº 4000)

www.aesmas.es

a.e.s.m.a.s.

Hoja de Actualización de Datos

Socio nº _____ (dato a rellenar por la Asociación)

APELLIDOS: _____

NOMBRE: _____ DNI : _____

Dirección particular: _____ nº _____ piso _____ pta _____

C.P. _____ Ciudad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ Móvil _____ Fax: _____ E-mail: _____

HOSPITAL O CENTRO DE TRABAJO: _____

Servicio: _____ Tel.: _____ Ext: _____ Fax: _____

Dirección del Centro: _____

C.P. _____ Ciudad: _____ Provincia: _____

Fecha _____

Firma:

AUTORIZACIÓN BANCARIA (copia a tu Banco o Caja)

D/ña _____ DNI _____

AUTORIZA que le sean cargados en cuenta los recibos anuales de la ASOCIACION DE
SECRETARIADO MÉDICO Y ADMINISTRATIVOS DE LA SALUD

Entidad	Oficina	Control	Núm. de cuenta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Banco o Caja _____

Dirección: _____

C.P. _____ Ciudad: _____ Provincia: _____

Fecha _____

Firma:

Los datos personales recogidos serán tratados con su consentimiento en los términos de la Ley Orgánica 15/1999 siendo el responsable del fichero La Asociación Española de Secretarías Médicas y Administrativos de la Salud. Usted puede ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el responsable del fichero.