



TREMÉDICA

Asociación Internacional de Traductores y Redactores de Medicina y Ciencias Afines

DOCUMENTO DE SOLICITUD DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos:

Dirección:

Código Postal:

Población:

Provincia:

NIF/CIF:

Email de contacto:

Teléfono/s de contacto:

Tipo de afiliación solicitada (marcar lo que proceda):

- Socio pleno (75€)
- Socio afiliado (35€)

DESEO DOMICILIAR EL PAGO DE MI LICENCIA ANUAL, HASTA NUEVA ORDEN, EN

Cuenta de cargo número (20 dígitos):

Titular de la cuenta:

Dirección:

Código Postal:

Población:

Provincia:

Fecha:

Firma:

El arriba firmante confirma la veracidad de todos los datos consignados en esta solicitud

En cumplimiento de la Ley 15/99 de Protección de Datos de Carácter Personal del 13 de diciembre de 1999, le informamos que sus datos personales serán introducidos en nuestro fichero automatizado de datos creado por y para TREMÉDICA. Usted tiene el derecho de acceder, modificar o cancelar la inclusión de sus datos en este documento. Si desea ejercerlo, envíe un mensaje de correo electrónico a finanzas@tremedica.org.