



Asociación Cántabra de Investigación
en Aparato Respiratorio

Boletín de afiliación

Socio nº _____

Apellidos _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

D.N.I. _____

DOMICILIO

Calle/Plaza _____ nº _____ Piso _____

Población _____ Provincia _____

Código Postal _____ Fax _____ e-mail _____

Teléfono _____

TRABAJO

Centro de Trabajo _____ Teléfono _____

Población _____

Calle/Plaza _____ nº _____

ÁREAS DE INTERÉS

DOMICILIACIÓN BANCARIA

Autorizo el cargo de los recibos que presente ACINAR en mi

Cuenta/Libreta de Ahorro

nº _____ / _____ / _____ / _____

Banco/Caja _____

Domicilio _____

Población _____ D.P. _____

Provincia _____

FIRMA

En cumplimiento de la Ley 15/1999 LOPD le informamos que sus datos serán incluidos en un fichero propiedad de ACINAR para su tratamiento con finalidades operativas de la Asociación. Las respuestas tienen carácter obligatorio. Puede ejercer sus derechos de acceso a los datos, rectificación y cancelación, mediante carta dirigida a ACINAR, Hospital Comarcal de Laredo, avda. de los Derechos Humanos s/n de Laredo 39770 Cantabria.