



"INSTITUTO TECNICO DE PREVENCION"

SOLICITUD DE AFILIACION

1.- DATOS PERSONALES

Nombre _____

Apellidos _____

N.I.F. _____

Dirección _____

C.P. _____

Localidad _____

Provincia _____

Teléfono _____

E-mail _____

Empresa _____

Ocupación Profesional _____

2.- AFILIACION

Señala con una X:

Pago Trimestral: 15 €

El pago de la cuota de afiliación a la Asociación Instituto Técnico de Prevención (ITP) da derecho: Adquisición de la condición de socio de pleno derecho, Suscripción a la publicación semestral del periódico "Prevención Técnica", Derecho de asistencia gratuita a jornadas y seminarios técnicos, Descuentos en jornadas formativas y masters profesionales, Acceso al área restringida de la página web de la Asociación (Asesoramiento técnico y legal, Acceso a base documental -biblioteca virtual-, Acceso a foros técnicos, etc.).

3.- FORMA DE PAGO

Doy mi consentimiento para que "Instituto Técnico de Prevención" haga los cargos correspondientes a mi afiliación, en dicha Asociación, en el número de cuenta que indico a continuación:

Cargo en la cuenta nº:

Los datos personales facilitados por UD. serán incluidos en la base de datos de la Asociación Instituto Técnico de Prevención con vistas a la gestión de su suscripción y para comunicarle futuras promociones. Usted tiene derecho a acceder a esta información para rectificarla, cancelarla u oponerse a su tratamiento, dirigiéndose por escrito a:

Instituto Técnico de Prevención
C/ Martos Escobar nº 33
29003 - Málaga
info@itpshi.es - www.itpshi.es

(Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica de Protección de Datos -R.D. 1720/2007-)

Firma: _____

(Nombre, DNI y Firma)