



# 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 inscripción

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

Banco o Caja \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

C.P. \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma:



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

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

[www.aesmas.es](http://www.aesmas.es)

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

### **Requisitos para la inscripción**

- Hoja de Inscripción, cumplimentada con letra legible.
- Justificante del Centro de trabajo o Centro de Estudios. (fotocopia de la parte superior de la nómina o recibo Centro de Estudios para justificar vinculación con el ámbito administrativo en Sanidad)
- Opciones de pago para la inscripción:
  - Transferencia bancaria a:  
**Caja Madrid (C/. Dr. Esquerdo, 46 28007 Madrid)**  
Número de cuenta: **2038 1606 80 600007987**
- **Cuota anual 40 €**
- Rellenar correctamente los datos bancarios para posteriores anualidades.
- Adjuntar 1 fotografía tamaño carnet

DEVOLVER A:

**A.E.S.M.A.S. C/. Sierra Carbonera, 70, 2º A - 28053 MADRID**  
**Teléfono 91 576 37 65 Fax 91 586 83 49**

**• RECUERDA NOTIFICAR A TU ENTIDAD BANCARIA LA ACEPTACIÓN DEL RECIBO ANUAL DE AESMAS**

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.