

## SOLICITUT D'INGRÉS

Jo, ..... amb  
adreça .....  
de ....., C.P.....  
Data Naixement \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_, NIF .....,  
Telèfon de contacte ..... i  
Mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

*Com a titular/administrador/representant del centre:*

Nom del Centre .....  
NIF ..... Adreça .....  
Telèfon ..... Fax .....  
Població..... C.P.....  
Mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_  
WEB www.\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Sol·licito ser admès com a soci de l'Associació de Centres de Fisioteràpia.

PREU QUOTA ANUAL: 50€

Signatura del sol·licitant

\_\_\_\_\_

## DADES SEPA PER CÀRRECS BANCARIS

Així mateix autoritzo a l'associació els càrrecs corresponents al nº IBAN/BIC:

IBAN \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signatura i data del sol·licitant

\_\_\_\_\_

D'acord amb la Llei Orgànica de Protecció de Dades, l'informem que les dades adjuntes seran incloses en un fitxer titularitat de l'ACEFIC, no sent permès el seu accés a altres persones físiques o jurídiques. Si desitgeu accedir, consultar o rectificar-les agrairem ens ho comuniquem al mail [admin@acefic.com](mailto:admin@acefic.com).