



## FORMULARIO DE AFILIACION A LA ASOCIACION

Antes de rellenar y enviar el formulario de afiliación a la Asociación de Médicos Dominicanos en España AMDE es importante que lea detenidamente las condiciones de aceptación a pertenecer a la asociación y estar dispuesto a acatar sus recomendaciones y estatutos.

Al decidir enviar la presente solicitud a AMDE, doy fe que los datos que he rellenado son reales y verificables en cualquier momento si se me solicita.

Autorizo a la Asociación de Médicos Dominicanos en España AMDE para que mis datos personales queden a disposición de la misma y puedan ser utilizados en todas aquellas actividades que estén relacionadas con sus fines y objetivos. La información personal obtenida sigue las medidas de confidencialidad e integridad de la información, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y legislación aplicable.

Si desea afiliarse a la Asociación de Médicos Dominicanos en España AMDE, el método más ágil es completar el siguiente formulario. Tenga en cuenta que deberá además enviarnos su currículum académico-profesional, una fotocopia del título y una fotocopia del DNI, para que la Junta Directiva pueda estudiar su admisión. Si necesita más información no duden en ponerse en contacto a través de nuestro correo electrónico o por vía telefónica a los números 91- 772-8571 o 676 633 143.

La aceptación o no se le notificara por vía telefónica o por correo electrónico que hayas suministrado. También se le informa que la inasistencia a dos (2) actividades consecutivas de las programadas por AMDE será motivo de análisis por la directiva para determinar de la baja parcial o definitiva de su membresía.



A M D E

## CUESTIONARIO DE AFILIACION

NOMBRE:	
APELLIDOS:	
DNI:	
TEL. TRABAJO:	TEL. MOVIL:
CORREO ELECTRONICO:	
DIRECCION:	CODIGO POST.
CIUDAD:	LOCALIDAD
ACTIVIDAD PROFESIONAL/RESUMEN DE CURRICULUM:	
SEGURO DE RESP. CIVIL PARA MEDIACION CON:	

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA