Para poder darle de alta, es necesario que envíe este formulario de inscripción cumplimentado y firmado, junto con una fotografía reciente de carnet digitalizada, una copia de su DNI o pasaporte vigente y un breve currículum vitae indicando su formación, experiencia profesional, publicaciones y pertenencia a otras sociedades o entidades científicas.

ESTA SOLICITUD DEBERÁ CUMPLIMENTARSE POR DUPLICADO: un ejemplar para la

Secretaría de ADENYD y otro para la entidad bancaria.

Puede hacer llegar la documentación solicitada por correo electrónico a: [secretaria@adenyd.es](mailto:secretaria@adenyd.es)

Los campos marcados con \*, deben cumplimentarse de forma obligatoria:

DATOS PERSONALES

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Apellidos\*: | | | | |
| Nombre\*: | | | DNI/Nº Pasaporte\*: | |
| Dirección particular\*: | | | | |
| Código Postal\*: | | Población\*: | | Provincia\*: |
| Contacto | Teléfono\*: | | | |
| E-mail\*: | | | |

DATOS PROFESIONALES

Titulación Académica\*: Puesto de trabajo\*:

Centro\*:

Ciudad\*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DESEA SER | Asociado Numerario | Cuota Anual 35 € |
|  | Entidad Colaboradora | Cuota Anual 300 € |

DATOS PARA DOMICILIACIÓN BANCARIA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dirección\*: | | | | Localidad\*: |
| Código Postal\*: | | Provincia\*: | | |
| Le ruego que, hasta nueva orden, abonen a mi cuenta/libreta de esa entidad, los recibos que a mi nombre les presente al cobro la “ASOCIACIÓN DE ENFERMERAS DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA (ADENYD)” | | | | |
| Apellidos\*: | | | Nombre\*: | |
| DATOS BANCARIOS | | | | |
| Código IBAN\* | Número de cuenta\* | | | |
|  |  | | | |

***Si el recibo correspondiente a la cuota de asociación es retornado por la entidad bancaria, será responsabilidad de la persona asociada abonar 3€ en concepto de gastos y gestiones administrativas que conlleva dicha devolución.***

En cumplimiento de las estipulaciones de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), le informa que los datos que usted facilita en el formulario “Solicitud de Admisión”, quedarán incorporados en los ficheros automatizados de la Asociación de Enfermeras de Nutrición y Dietética, NIF G-79408969. Los datos facilitados serán tratados de forma totalmente confidencial y según todas las medidas de seguridad establecidas por la Ley, con el fin de evitar accesos y tratamientos no autorizados. Asimismo, si no nos indica lo contrario, conservaremos sus datos con fines de registro histórico de personas asociadas. Como Socio de Pleno Derecho de ADENYD, podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, o la cesión de los datos a terceros en los términos establecidos en la legislación vigente, a través de una comunicación escrita, junto a copia del DNI, dirigida a: ADENYD. Avda. de Menéndez Pelayo, 93, 28007 Madrid o [secretaria@adenyd.es](mailto:secretaria@adenyd.es)

El abajo firmante autoriza la recepción de comunicaciones de interés, que ADENYD pueda realizar con fines informativos o divulgativos, y autoriza el uso, bajo consentimiento expreso, de su imagen por parte de ADENYD con fines divulgativos (sitio web, redes sociales o vídeos promocionales).

El abajo firmante solicita su ingreso en la ASOCIACIÓN DE ENFERMERAS DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA, comprometiéndose a cumplir sus Estatutos.

|  |  |
| --- | --- |
| **Firma** | **Fecha** |
|  |  |
|  |