



## HOJA DE AFILIACIÓN

Número de afiliación

### DATOS PERSONALES

- Nombre y apellidos:
- DNI:
- Fecha de Nacimiento:
- Nacionalidad:
- Domicilio:
  - CP:
  - Localidad:
  - Provincia:
- Teléfono:
- Email:

### DATOS PROFESIONALES

- Titulación (Grado/Licenciatura):
- Homologación nacional del título (si título medicina extranjero): Sí No
- Número de colegiado:
- Tipo de ejercicio (Público/Privado/Compañías/ Ejercicio Libre):
- Tiempo de experiencia en el sector:

### DATOS LABORALES

- Lugar/Centro de trabajo/Servicio:
- Urgencias Hospitalarias: Urgencias Extrahospitalarias:
- Atención primaria con/sin guardias de urgencias:
- Tipo de Contrato (Estatutario, funcionario, laboral, otro) (Interino, sustituto, eventual, en paro):

### INFORMACIÓN

"De conformidad con lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal, consiento que mis datos sean incorporados a un fichero responsabilidad de la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MÉDICOS GENERALES (ASEMEG). La finalidad del fichero será la

# Asociación Española de Médicos Generales

# ASEMEG



inscripción, gestión, asesoramiento, y cobro de cuotas de nuestros afiliados, siendo posible la cesión de dichos datos a **ASEMEG** para la correcta contabilización del nº de afiliados. Así mismo declaro haber sido informado sobre la responsabilidad de ejercitar los derechos de A.R.C.O. dirigiéndome a **ASEMEG** mediante correo electrónico: [asemeg.medicosgenerales@gmail.com](mailto:asemeg.medicosgenerales@gmail.com)”

## DATOS BANCARIOS

- Nombre del Banco:
- Domicilio Banco:
  - CP Banco:
  - Localidad Banco:
  - Provincia Banco:
- IBAN (Código Internacional de Cuenta Bancaria):

## AUTORIZACIÓN BANCARIA E INFORMACIÓN

- Nombre y apellidos:

Con la presente firma autorizo a Vds, para que a partir de la fecha, pasen al cobro los recibos de las cuotas de **10€ mensuales** de la **ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MÉDICOS GENERALES (ASEMEG)**, con cargo a mi cuenta.

FIRMA:

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024