

Alta desde la web

Advertencias legales

Al remitirnos este cuestionario entendemos que manifiestas tu deseo de inscribirte en la Asociación de Enfermería Comunitaria y afirmas que los datos que nos remites, salvo error subsanable, son tuyos y ciertos. Según establece la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), te informamos que todos los datos personales que nos estás facilitando, los incluiremos en un fichero automatizado de datos del que es responsable la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC). Además, en cumplimiento de la Ley 34/2002, de Servicios de la Sociedad de la Información y de Comercio Electrónico y de la LOPD, te informamos que puedes acceder, rectificar, oponerte o cancelar tus datos personales, contactando con nosotros, mediante correo electrónico dirigido a lopd@enfermeriacomunitaria.org o, si lo prefieres, dirigiéndote por carta a la Asociación de Enfermería Comunitaria, C/ Gayano Lluch, 34, 2A, 46025 Valencia, indicando tu nombre y apellidos, dirección postal y tu correo electrónico (si es posible).

Los datos que nos proporcionas no los cedemos, vendemos ni comercializamos. La AEC los utilizará estrictamente en el marco de sus funciones estatutarias.

Los campos que llevan un asterisco (*) son obligatorios.

IDENTIFICACIÓN

No olvides adjuntar una copia de tu DNI, o documento similar, por las dos caras.

Nombre *

Apellidos *

Domicilio *

Código postal *

Localidad *

Provincia *

País *

Fecha de nacimiento (en formato DD/MM/AAAA) *

Nº DNI, pasaporte o documento similar de identificación personal *

Adjuntar copia DNI o documento similar * (formatos admitidos: pdf,doc,docx,jpg,jpeg,gif,png,zip,rar)

Seleccionar archivo Ningún archivo seleccionado

Adjunto 2 (en caso de que tengas la segunda cara del DNI en un archivo separado)

Seleccionar archivo Ningún archivo seleccionado

DATOS DE CONTACTO

E-mail de contacto *

tecnologias@enfermeriacomunitaria.org

Teléfonos en los que nos autorizas a contactar contigo (uno por línea en el cuadro de texto)

*

Otras formas de contacto autorizadas (fax, skype, id. Facebook, Twitter, otros correos-e, etc), uno por línea en el cuadro de texto

Comunidad autónoma en la que trabajas

Comunidad autónoma en la que resides, si fuera distinta de dónde trabajas

DATOS ACADÉMICOS Y PROFESIONALES

Titulaciones, Centros y años

Lugar de trabajo, estudio

Puesto, cargo, curso

URL de tu blog, página web o similar (twitter, facebook, linkedin, etc; uno en cada línea)

TIPO DE CUOTA CON LA QUE TE ASOCIAS

Tipo de Cuota	Precio ANUAL	Condiciones
Ordinaria	50 €	
Estudiante Pregrado	30 €	La condición de estudiante pregrado deberá ser acreditada adjuntando fotocopia de la matrícula en el Centro donde se realice su formación. Esta cuota se mantendrá durante los años de formación hasta su graduación.
Posgrado o Residente	45 €	Especialidad Enfermería Familiar y Comunitaria durante el periodo de Residencia. Deberá ser acreditada adjuntando certificación de la unidad docente multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria donde realice su formación. Formación Posgraduada, mínimo de 60 créditos, Deberá ser acreditada presentando la matrícula en la entidad correspondiente. Ambas opciones se mantendrán exclusivamente durante el periodo formativo.
Jubilada	35 €	Cuando se cumpla esta situación deberá ser comunicado por la persona afectada que aportará la documentación que lo acredite. Se hará efectiva y se aplicará a partir del 1 de enero del siguiente año.
Residente fuera de España	45 €	Se aplicará a aquellas socias que residan más de 9 meses al año fuera de España. Para poder beneficiarse deberá ser acreditada con documentos justificativos cada año con la excepción a cumplir este requisito para las personas cuya residencia habitual sea fuera de España.

Si quieres conocer la equivalencia a otra moneda puedes usar un [CONVERSION DE MONEDAS](#) (se abrirá en otra ventana)

TIPO DE CUOTA

Adjuntar Documento Acreditativo de Tipo de Cuota (si procede) (formatos admitidos: pdf,doc,docx,jpg,jpeg,gif,png,zip,rar)

Ningún archivo seleccionado

Adjuntar otro Documento Acreditativo de Tipo de Cuota (si procede) (formatos admitidos: pdf,doc,docx,jpg,jpeg,gif,png,zip,rar)

Ningún archivo seleccionado

MEDIO DE PAGO

MEDIO DE PAGO

Domiciliación bancaria

AEC girará los recibos correspondientes a tus cuotas anuales a la entidad bancaria y cuenta que indiques más abajo.

Indícanos tu número de cuenta usando el Código Internacional de Cuenta Bancaria (**IBAN**). En España será ES seguido de dos dígitos de control y luego los 20 dígitos de la cuenta bancaria.

Entidad bancaria *

Nombre y DNI (de al menos un/a titular de la cuenta, si la cuenta no está a tu nombre)

Cuenta Bancaria -IBAN- (sin espacios ni guiones) *

Observaciones / Notas

Puedes usar este campo para indicarnos algún posible descuento especial del que te beneficies en tu inscripción o cualquier otra observación relacionada con la misma.

Observaciones

CONSENTIMIENTO

Política de protección de datos de carácter personal

Acepto la política de protección de datos de carácter personal

ENVIAR FORMULARIO