

**FORMULARIO DE AFILIACIÓN****DATOS PERSONALES**

NOMBRE Y APELLIDOS			DNI	
DIRECCIÓN				
LOCALIDAD			C.P.	
PROVINCIA				
TELÉFONO FIJO		TELÉFONO MÓVIL		
E-MAIL DE CONTACTO				
TITULACIÓN				
OTRAS TITULACIONES				

Los datos de carácter personal facilitados a través de este formulario serán utilizados por ApsidE para contactar contigo e informarte de novedades, productos, servicios, e información de carácter comercial relacionados con la Asociación. Tus datos serán tratados de manera absolutamente confidencial y en ningún caso serán facilitados a terceros.

Acepto (para que el formulario sea válido es necesario que aceptes los términos anteriormente expuestos)

Fdo. ....

FIRMA

**AUTORIZACIÓN BANCARIA**

Doy mi autorización para que sean adeudados en mi cuenta que tengo en su Entidad los recibos que a mi nombre le sean presentados por la ASOCIACIÓN DE PSICOPEDAGOGÍA DE EUSKADI (ApsidE).

Nº DE CUENTA (20 dígitos)	
ENTIDAD BANCARIA	
TITULAR DE LA CUENTA	

Firma del titular .....

DNI del titular .....

FIRMA IMPRESCINDIBLE