

# Programa de Afiliación de la Asociación Española de Pediatría

**Socios agregados (otros profesionales sanitarios, educadores, trabajadores sociales, psicólogos...)**

**Su datos** (utilice una casilla para cada letra o número, escriba en mayúsculas):

Nombre

Apellidos

Nacionalidad

Calle

Nº, piso

Ciudad

Provincia, estado

Código Postal  País

Teléfono

Email

El e-mail es imprescindible pues será el método de contacto preferente con usted

**Su profesión**  imprescindible

Declaro la veracidad de los datos arriba reseñándooos, y en consecuencia solicito mi incorporación como socio agregado en la Asociación Española de Pediatría

Año de titulación

Su Lugar de Trabajo

## Cuota elegida

**90 euros** (cuota anual). Modalidad sin recibir Anales en formato papel

**190 euros** (cuota anual). Modalidad que incluye recibir Anales en formato papel

Fecha	Su Firma
-------	----------

## Pasos a seguir:

- 1.-Cumplimente este formulario
- 2.-Realice el pago de la Cuota (ver nº de cuenta en la página siguiente)
- 3.-Envíe copia **de este formulario y del justificante del pago de la cuota** de dos formas

→ Por fax al **+34 914355043** (si lo envía desde España no es necesario el +34)

→ Por correo postal ordinario a:

**Asociación Española de Pediatría  
P, c/ Aguirre 1- bajo derecha  
28009 Madrid (España- Spain)**

consentimiento anteriormente otorgado, así como ejercitar los derechos de acceso, oposición, rectificación y cancelación de los datos recogidos en los ficheros, de acuerdo con la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal, dirigiéndose para ello a la AEP, c/ Aguirre, 1 bajo derecha. 28009 Madrid

# Programa de Afiliación de la Asociación Española de Pediatría

## *Instrucciones adicionales*

### **Pago de la cuota**

Elija una de las cuotas anuales:

**-90 euros** (cuota anual). Modalidad sin recibir Anales en formato papel

**-190 euros** (cuota anual). Modalidad que incluye recibir Anales en formato papel

Y realice el pago mediante transferencia bancaria a la siguiente cuenta

TITULAR: **ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA**  
ENTIDAD: **BANCO ESPAÑOL DE CRÉDITO (BANESTO)**  
Nº CTA. : **IBAN ES71 0030 1003 2800 1634 1271**  
**Indique en el concepto SU NOMBRE y "PAGO CUOTA SOCIO"**

### **Recuerde:**

a.-Solo será atendida su solicitud si recibimos los 2 documentos:

- 1.-Ficha de afiliación
- 2.-Copia del Justificante de Pago

b.-Verifique que todos sus datos son correctos, en especial su email.

c.-El tiempo medio entre el envío de sus datos y que nos pongamos en contacto con usted oscila entre 4 y 6 semanas.

Información adicional en

[www.aeped.es/afiliacion.htm](http://www.aeped.es/afiliacion.htm)