

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