

SOLICITUD DE INGRESO

Sr. Presidente de la Asociación de Técnicos, Auxiliares y Ayudantes de Farmacia de Pontevedra, solicito el ingreso en la Asociación, comprometiéndome a aceptar y cumplir los Estatutos de la misma.

Pontevedra a ____ de _____ de 20__

DATOS IDENTIFICATIVOS

Apellidos:

D.N.I.:

FOTO

Nombre:

Estado:

Dirección:

Código Postal:

Población:

Teléfono:

e-mail:

Móvil:

Fecha nacimiento:

Títulos, diplomas y cursos:

DATOS LABORALES

Trabajo en la farmacia:

Domicilio:

Localidad:

Código postal:

Teléfono:

Categoría profesional que desempeña:

DATOS RECIBOS

Admito que los recibos de las cuotas de la Asociación Profesional de Técnicos, Auxiliares y Ayudantes de Farmacia de Pontevedra, sean cargados a mi nombre en la cuenta número:

Entidad

Sucursal

DC

Número Cuenta

Atentamente.

Firmado:

Adjuntar: Nómina reciente, dos fotografías tamaño carnet y la autorización bancaria para el cobro de las cuotas anuales. En caso de tener hijos menores de 9 años, fotocopia del Libro de Familia.

Adjuntar dos fotografías tamaño carnet