



C/ Concepción Arenal, 12 Bajo
12004 Castellón
Tel.: 628 49 32 60
administracion@ascremecv
G-97093298

_____ a _____ de _____ de 20 _____

Sr. /a Presidente/a,

ASOCIACIÓN DE CENTROS DE RECONOCIMIENTOS MÉDICOS (ASCREME C.V.):

Solicito hacer llegar a la Junta Directiva de esta Asociación nuestro deseo de integrarnos en la misma, con la condición de miembro asociado, y con todos los derechos y obligaciones que marcan los Estatutos. Y si aquella, de acuerdo con sus atribuciones, estima procedente nuestra integración, solicito la notificación reglamentaria.

RAZÓN SOCIAL _____

NOMBRE COMERCIAL _____

NOMBRE DEL GERENTE O RESPONSABLE DEL CENTRO _____

DOMICILIO FISCAL _____

POBLACIÓN _____ CP _____ PROVINCIA _____

DOMICILIO COMERCIAL _____

POBLACIÓN _____ CP _____ PROVINCIA _____

TELÉFONO _____ NIF/CIF _____ Nº REGISTRO GT _____

E-MAIL _____

Consiento expresamente **la inclusión de mi número de teléfono en un canal de comunicación de WhatsApp** gestionado por la Asociación, con la finalidad de recibir comunicaciones informativas relacionadas con sus actividades y servicios, así como información relevante del sector. SI ☐ NO ☐

En caso de marcar Sí:

☐ Deseo que se utilice el número de teléfono facilitado en la inscripción

☐ Deseo utilizar un número de teléfono distinto para este fin: _____

Podrá retirar este consentimiento en cualquier momento.

DOMICILIO BANCARIO PARA EL CARGO DE RECIBOS:

Código Iban	Entidad	Oficina	D_C_	Número de Cuenta

Nota: La cuota de inscripción y semestre en curso es de 150€ a ingresar en la cuenta de CaixaBank: ES95 2100 6195 9113 0163 3208, posteriormente tendrá que remitir el justificante del pago junto con esta inscripción al e-mail info@ascremecv.com La cuota anual es de 100€ que se cobrará semestralmente mediante recibo domiciliado

Firma y Sello: