



**Asociación Nacional para la Promoción Profesional  
del Celador en Instituciones Sanitarias**

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE ALTA EN APROCINS**

*Datos del asociado:*

**Nombre y apellidos:** .....  
**Fecha de nacimiento:** .....**NIF:** .....  
**Domicilio:** .....  
**Localidad:** .....**Código postal:** .....  
**E-mail:** .....  
**Teléfono:** .....

*Centro de trabajo:*

**Centro de trabajo:** .....  
**Dirección:** .....  
**Localidad:** .....**Provincia:** .....  
**Actividad:**.....

Aportación económica realizada: 5 € anuales.

**Banco de Santander nº de cuenta: 00490126602510737539. En el ingreso, debe constar el nombre y el centro de trabajo.**

**En                      a                      de                      de 20**

**Para acceder a la zona privada de nuestra pagina Web ( [www.aprocins.es](http://www.aprocins.es))  
deberá introducir su NIF con la letra en el campo de usuario, la contraseña será:  
aprocins. Posteriormente tendrá opción de cambiar estos datos a su conveniencia.**

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), se le informa de que sus datos personales, serán incorporados a un fichero propiedad de APROCINS, para la gestión de la solicitud presentada. Puede ejercitar, en los casos en que proceda, sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiéndose por escrito a: [aprocins@gmail.com](mailto:aprocins@gmail.com).