



ADEATA
Sociedad Científica de Enfermería
en Terapias Naturales
(ADEATA)
Capitán Dema, 16
03007 - ALICANTE
www.adeata.org

REQUISITOS

1º .- ESTAR EN POSESION DEL TITULO DE ENFERMERA/O.

2º .- DOMICILIACION BANCARIA DEL PAGO DE CUOTAS.

3º.- CUOTA DE INGRESO 36,00 €

4º.- CUOTA ANUAL 40,00 €

(La cuota anual se carga semestralmente)

5º.- 2 FOTOGRAFIAS TAMAÑO CARNET

Estar colegiado en la Comunidad Valenciana, si su Colegio de Enfermería NO CUBRE en su Póliza de Responsabilidad Civil la Terapia Natural que el profesional emplee

Para más información contactar con el Colegio de Enfermería de Alicante, teléfonos 965123622 y 965121372.-



*Sociedad Científica de Enfermería
en Terapias Naturales
(ADEATA)
Capitán Dema, 16
03007 - ALICANTE
www.adeata.org*

D/D^a

Colegiado n^o

Con D.N.I., n^o

*Y domiciliado en
provincia*

En la calle

Teléfono contacto

e-mail:

Provincia:

*Que se encuentra en posesión del título de Enfermera/o. y
concorre igualmente en la cualidad de Acupuntor y/u otras
Terapias Alternativas.*

*Que se somete y acepta el cumplimiento de los Estatutos y
legislación vigentes que reglamentan esta Sociedad.*

*SOLICITA a la Junta Directiva, que al recibo de la
presente, tenga a bien acordar su admisión como miembro de la
Sociedad Científica de Enfermería en Terapias Naturales
(ADEATA), a partir de la fecha.*

Alicante, a _____ de _____ de _____

Firmado:

ORDEN DE DOMICILIACION DE ADEUDO DIRECTO **SEPA**

Acreeedor

Sociedad Científica de Enfermería en Terapias Naturales (ADEATA)
C/ Capitán Dema, 16 – Esquina Pardo Gimeno
03007 – ALICANTE
CIF: G03713062

Mediante la firma de este formulario de Orden de Domiciliación, usted autoriza al Acreeedor a enviar órdenes a su entidad financiera para adeudar su cuenta y a su entidad financiera para adeudar los importes correspondientes en su cuenta de acuerdo con las órdenes del Acreeedor.
Como parte de sus derechos, usted puede ser reembolsado por su entidad financiera de acuerdo con los términos y condiciones del contrato suscrito con su entidad financiera. Dicho reembolso deberá reclamarse en un plazo de 8 semanas a partir de la fecha en la cual se realizó el adeudo en su cuenta.
Por favor, cumplimente todos los campos:

Colegiado

Nombre	
Apellidos	
Dirección	
CP Población	
Provincia	
NIF, N°	

Número de cuenta (**IBAN**): (máximo 24 caracteres)

E	S																						
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SWIFT BIC: (máximo 11 caracteres)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dirección Bancaria	
CP	
Población	

En _____ a _____ de _____ 201__.

Firmado: D/D.^a

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal le informamos que los datos personales, que puedan constar en este documento, están incorporados en un fichero cuyo responsable es COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE ALICANTE, con la finalidad de gestionar la relación colegial e informarle sobre nuestros servicios y actividades. Si desea ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, deberá dirigirse por escrito a: SOCIEDAD CIENTÍFICA DE ENFERMERIA EN TERAPIAS NATURALES C/ CAPITÁN DEMA, 16, 03007 ALICANTE.