

REMITIR a: Sede Central AETEL: C/ MAYOR, 6, 1º 3, 28013-MADRID madrid@aetel.es Teléf. 91 522 51 97 Fax: 91 521 46 41

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

DATOS PERSONALES:

APELLIDOS: _____ NOMBRE: _____ DNI Nº: _____
 DIRECCIÓN: _____ Nº: _____ PISO/PTAL/ESC: _____ POBLACIÓN: _____
 PROVINCIA: _____ C.P.: _____ Tfno. Domicilio: _____ Tfno. Móvil: _____ Tfno. Trabajo: _____
 e-mail: _____ Fecha Nacimiento: ____ / ____ / ____ Lugar: _____ Nacionalidad: _____ Sexo: _____

DATOS ACADÉMICOS:

TÉCNICO SUPERIOR.ESPECIALIDAD: LABORATORIO CLÍNICO ANATOMÍA PATOLÓGICA OTRA: _____ AÑO DE TITULACIÓN: _____
 CENTRO DE ESTUDIOS: _____ POBLACIÓN: _____ PROVINCIA: _____
 OTROS ESTUDIOS: FPI DIPLOMADO UNIVERSITARIO LICENCIADO Grado INDICAR TITULACIÓN/ESPECIALIDAD: _____
 CONOCIMIENTOS DE IDIOMAS (Indicar nivel)
 INGLÉS _____ ALEMÁN _____ FRANCÉS _____ OTROS: _____
 CONOCIMIENTOS INFORMÁTICOS: SI NO NIVEL: _____
 CURSOS DE FORMACIÓN CONTINUADA REALIZADOS: SI NO Nº TOTAL _____
 PRESENTACIÓN / PUBLICACIÓN DE TRABAJOS CIENTÍFICOS: SI NO Nº TOTAL _____

DATOS PROFESIONALES:

¿TIENE EXPERIENCIA COMO TÉCNICO? (no incluidas las prácticas). SI NO
 TIEMPO TOTAL TRABAJADO: _____ MESES
 SEÑALE LAS ÁREAS DONDE TIENE EXPERIENCIA

LABORATORIO CLÍNICO

MICROBIOLOGÍA GENÉTICA BIOQUÍMICA
 MEDICINA NUCLEAR INMUNOLOGÍA BIOLOGÍA MOLECULAR
 HEMATOLOGÍA BANCO DE SANGRE OTROS: _____

ANATOMÍA PATOLÓGICA

SCREENING CITOLÓGICO
 INMUNOHISTOQUÍMICA
 BIOLOGÍA MOLECULAR

SABE REALIZAR TOMA DE MUESTRA (Extracciones Sanguíneas) SI NO

TIENE EXPERIENCIA EN INVESTIGACIÓN SI NO

SITUACIÓN PROFESIONAL ACTUAL PARADO ACTIVO PLAZA EN PROPIEDAD TEMPORAL / INTERINO OTRAS

Centro de trabajo

Población

Provincia

Categoría

BOLSA DE TRABAJO:

DESEO QUE ME INCLUYAN EN LA BOLSA DE TRABAJO DE AETEL: SI NO

DESEO RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE:

OPOSICIONES OFERTAS DE EMPLEO EN INSTITUCIONES PRIVADAS
 APERTURA BOLSAS DE TRABAJO PARA CONTRATACIONES TEMPORALES BECAS DE INVESTIGACIÓN
 OFERTAS DE TRABAJO EN OTROS PAÍSES CONCURSO DE TRASLADOS

DISPUESTO A DESPLAZARSE A: TODA ESPAÑA SOLO MI COMUNIDAD

REGISTRO SOCIO:

Siendo conocedor de los actuales estatutos y fines de la entidad, los cuales acepto, deseo pertenecer a la misma desde el Primer semestre/ Segundo semestre de 20

En _____ a _____ de _____ de _____

FIRMA:

Fdo.:

De acuerdo con lo establecido en el RGPD, le informamos que trataremos sus datos personales con la finalidad de realizar la gestión administrativa, contable y fiscal, así como enviarle comunicaciones comerciales sobre nuestros servicios. Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación o durante el tiempo necesario para cumplir con las obligaciones legales. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal y los trataremos en base a su consentimiento o la ejecución de un contrato o por obligación legal. Asimismo, le informamos de la posibilidad de ejercer los siguientes derechos sobre sus datos personales: derecho de acceso, rectificación, supresión u olvido, limitación, oposición, portabilidad y a retirar el consentimiento prestado. Para ello podrá enviar un email a: madrid@aetel.es

DATOS BANCARIOS Y AUTORIZACIÓN SEPA, COMPLETAR



A cumplimentar por el acreedor

Referencia de la orden domiciliación: (nº socio, a rellenar por AETEL)

Identificador del acreedor: ES08000G28629004

Nombre del acreedor

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE TÉCNICOS DE LABORATORIO

Dirección

C/ MAYOR Nº 6, 1º 3

Código postal – Población- Provincia

28013-MADRID

País

ESPAÑA

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

A cumplimentar por el deudor

Nombre del deudor y/o socio (titular/es de la cuenta de cargo)

Dirección del deudor

Código postal – Población – Provincia

País del deudor

Número de cuenta – IBAN

ES

Tipo de pago: Pago recurrente Pago único Cuota Semestral AETEL: 50€

Banco / Caja de Ahorro

Dirección Postal Banco

Población

Provincia

C.P

Localidad- Fecha:

A

DE

DE

Firma del deudor:

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.
UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR (AETEL) PARA SU CUSTODIA.