**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

**DATOS PERSONALES:**

**NOMBRE:………………………………………….APELLIDOS:………………………………………………………………….**

**DIRECCIÓN:…………………………………………………………………………………………Nº:………..PISO:………….**

**POBLACIÓN:……………………………………………………..PROVINCIA:…………………………C.P.:……………….**

**D.N.I.:………………………………….Tfno.fijo:………………………………..Tfno. móvil:………………………………**

**e-mail:………………………………………………………………………………Fecha nacimiento:……………………….**

**Datos bancarios:------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Función pública Empresa Privada**

**REQUISITOS DE INGRESO:**

Fotocopia del título de Higienista, en su defecto certificado de estar cursando dicha titulación o Certificado de Habilitación Profesional.

Fotocopia del D.N.I. y dos fotografías carnet.

 Nuevos soci@s

Cuota de inscripción: 60€

**Cuota mensual : 8 € Enviar justificante de ingreso**

**Cuota pre-socio : 5 € SÓLO PARA ESTUDIANTES TECNICO SUPERIOR EN HIGIENE BUCODENTAL ( enviar copia de matrícula )**

**FORMA DE PAGO:**

Transferencia bancaria a nombre de la Asociación : Banco Sabadell / Herrero .

Nº de cuenta: **ES95 0081 5050 0900 0105 7608** Indicar Nombre y Apellidos .

**Enviar a : ASOCIACIÓN HIGIENISTAS CASTILLA Y LEÓN**

 **AVENIDA DE INDEPENDENCIA, 1 .2ª planta -24003 León**