



ASOCIACION DE INFORMADORES TÉCNICOS SANITARIOS DE VALENCIA
C/ Asturias, N.º 34. Local 4. (Galería Comercial Sapiros) - 46023 Valencia
Telf.- WhatsApp.: 637 810 712- 96 317 20 27
www.its-valencia.com mail: itsvalencia@itsvalencia.net

ASOCIACIÓN I.T.S. DE VALENCIA

Documentación a presentar

1. IMPRESOS PARA CUMPLIMENTAR

- 1.1. Solicitud de inscripción
- 1.2. Autorización bancaria SEPA (cargos de cuotas , cuentas personales)
- 1.3. Derechos de imagen
- 1.4. Normas

2. Certificado de la empresa, especificando la línea de laboratorio en la que va a trabajar.

- 2.1. Si no es ninguna línea, puede presentar contrato de trabajo.

3. Si procede de otra asociación, certificado de pertenencia a ésta y justificante de estar al corriente de pago.

4. 1 fotografía tamaño carnet en formato **JPG**

5. La documentación para la inscripción se entregará en formato **PDF, por correo electrónico itsvalencia@itsvalencia.net o bien en la sede social de la Asociación. Dicha documentación está en nuestra página web.: <https://www.its-valencia.com/> en alta nuevo socio/documentación.**

6. Cuota de inscripción (matricula) 50 €

7. Cuota trimestral: 50 €. (Pagos en: Enero-Abril-Julio-Octubre)

8. Cuota hospitalaria. 50€ ANUALES

(sin derecho a beneficios asociación, carnet, asesoría jurídica (rentas etc, Renovación permiso conducir, revisable anualmente, según número de servicios hospitalarios que soliciten nuestros servicios)

NOTA IMPORTANTE: Toda la documentación requerida, tendrá que ser entregarse en formato PDF y FOTOGRAFIA JPG por correo electrónico,
 itsvalencia@itsvalencia.net NO SE ACEPTARÁ OTRO FORMATO



ASOCIACIÓN DE INFORMADORES TÉCNICOS SANITARIOS DE VALENCIA

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

(a llenar por la asociacion) ASOCIADO N°:	
DATOS PERSONALES	
1º APELLIDO:	
2º APELLIDO:	
NOMBRE:	
D.N.I. :	
DIRECCIÓN:	
POBLACIÓN:	PROVINCIA:
CP.	
FECHA DE NACIMIENTO:	FECHA CADUCIDAD CARNET CONDUCIR:
TELF. MOVIL:	
¿FACILITAR ENTRE COMPAÑEROS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
EL NÚMERO FACILITADO, SERÁ EL QUE SE INCLUIRÁ EN LA LISTA DE DIFUSIÓN Y EN LA FICHA DE ASOCIADO	
INDICAR MODELO DE ALTA EN LA ASOCIACIÓN:	
<ul style="list-style-type: none">• ALTA EN ATENCIÓ PRIMARIA: <input type="checkbox"/>• ALTA EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN HOSPITALARIA: <input type="checkbox"/>• ALTA HOSPITALARIA: <input type="checkbox"/>	
E-MAIL (Personal):	
E-MAIL (Personal de Empresa):	
NIVEL de ESTUDIOS (ESPECIFICAR TITULACIÓN MÁS ALTA):	
PRIMARIOS: <input type="checkbox"/> F. P: <input type="checkbox"/> BACHILLER ELEMENTAL: <input type="checkbox"/> BACHILLER SUPERIOR: <input type="checkbox"/> E.TECNICOS Y MEDIOS: <input type="checkbox"/>	
E. UNIVERSITARIOS: <input type="checkbox"/> ¿HA FINALIZADO SU ESTUDIOS? INDICAR CUAL.....	
<i>Declaro que los datos arriba expresados son ciertos y que puedo aportar la documentación acreditativa como prueba en el momento que se me solicite. Asimismo, declaro no hallarme incurso en las incompatibilidades legales para el ejercicio de la visita médica, a tenor del Real Decreto 1416/1994 (BOE 180 de 29.7.1994)</i>	
DATOS DEL LABORATORIO	
NOMBRE LABORATORIO:	LINEA:
C.I.F.:	Nº DE ALTA Y OFERTA EN LA S.S.:
En..... a..... de	
<small>En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le comunicamos que la información que ha facilitado pasará a formar parte del fichero automatizado "GESTIÓN ADMINISTRATIVA", cuyo titular es la ASOCIACIÓN DE INFORMADORES TÉCNICOS SANITARIOS DE VALENCIA, con la finalidad de gestionar los recursos de la entidad. Conforme a la LOPD, usted puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición. Para ello diríjase mediante carta a: Calle Asturias, nº 34. Local 4. 46023 Valencia.</small>	
FIRMA. SOLICITANTE	FIRMA y SELLO. ASOC. PROFESIONAL.
(Entregar cumplimentada en la Asociación a: itsvalencia@itsvalencia.net) en formato PDF.	



ORDEN DE DOMICILIACION DE ADEUDO SEPA

Referencia de la orden de domiciliación: G46135034

Identificador del acreedor: ASOCIACIÓN ITS DE VALENCIA

Nombre del acreedor: ASOCIACIÓN INFORMADORES TÉCNICOS SANITARIOS

Dirección: C/ Asturias, nº 34. Local 4. (Galería Comercial Sapiris)

Código postal- Población - Provincia:

46023- VALENCIA- VALENCIA

País: ESPAÑA

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor (A) autoriza al acreedor a enviar las instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos esta 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 su cuenta.

Nombre del deudor/a:

Código postal- Población-Provincia:

Número de cuenta -IBAN

A horizontal timeline consisting of 15 empty rectangular boxes, each representing a day from Monday to Friday.

Tipo de pago:

Pago Recurrente:

Fecha- Localidad:

Firma del deudor:

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.
UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DEBER SER ENVIADA AL ACREDOR PARA SU CUSTODIA

Reglamento CE 260/2012, establece el **1 de febrero de 2014** como fecha límite para que las transferencias y adeudos nacionales sean reemplazados por los nuevos instrumentos SEPA.

(Entregar cumplimentado en la Asociación a: itsvalencia@itsvalencia.net) en formato PDF.

**AUTORIZACION DERECHOS DE IMAGEN
GENERAL**

D./ Dña. _____, mayor de edad, con DNI número _____ y domicilio _____ a estos efectos en _____, autorizo a la Asociación Profesional de Informadores Técnicos Sanitarios (en adelante ITS) al uso de mi imagen en fotografías, vídeos o cualquier otro tipo de grabaciones digitales obtenidos durante el eventos organizados por ITS, , única y exclusivamente para que los mismas puedan ser publicadas en las Redes Sociales y Página Web de ITS de forma totalmente gratuita y sin contraprestación alguna, además de poder almacenar y registrar internamente de dichos datos personales, excluyendo de mi autorización el uso para la promoción comercial y publicidad de la actividad y fines de ITS.

La autorización y licencia de uso de la imagen del Autorizante realizada en este acto se refiere exclusivamente a las fotografías, vídeos o cualquier otro tipo de grabación audiovisual, que se realicen por I.T.S., obtenidas en el eventos, con los fines anteriormente referenciados..

Todo ello con la única salvedad y limitación de aquellas utilizaciones o aplicaciones que pudieran atentar al derecho al honor en los términos previstos en la Ley Orgánica 1/85, de 5 de Mayo, de Protección Civil al Derecho al Honor, la Intimidad Personal y familiar y a la Propia Imagen.

Asimismo he sido informado, en cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos de que las imágenes son recabadas para los fines descritos en el presente escrito siendo la base legitimadora la obtención de mi consentimiento, mediante la firma del presente documento, de acuerdo con el artículo 6.1.a) del RGPD. Dichos datos no serán cedidos o vendidos a terceros, ni tratados para fines distintos a los aquí previstos, sin consentimiento previo, salvo que exista una obligación legal. Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga el consentimiento.

A fin de ejercer mis derechos de revocación de la autorización, acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad u oposición dirigiéndome a ITS

Y en prueba de aceptación y conformidad, firmo el presente documento en la fecha anteriormente referida en el encabezamiento.

AUTORIZO

NO AUTORIZO

FIRMADO:



ASOCIACION I.T.S VALENCIA
C/ Asturias, nº 34. Local 4.
96 317 20 27- 96 317 26 98
itsvalencia@itsvalencia.net
www.its-valencia.com

Normas del informador técnico sanitario al pertenecer a la asociación.

La Conselleria de Sanidad nos permite 4 visitas al año a cada centro de salud, personalizadas con su número de asociado, (estas visitas quedan registradas y se envían a la Conselleria) pero actualmente se puede visitar cada centro una vez al mes apuntándose a través de la web.

Es necesario cumplir con esta situación para mantener el respeto entre los compañeros.

Compromisos que debo cumplir como asociado informador técnico sanitario:

1. Pedir una fecha por mes

Firma:

2. Cuando pida una fecha, acudir el día seleccionado y en caso de no poder hacerlo, anular la fecha para que otro compañero pueda solicitarla

Firma:

3. He leído y comprendido los Estatutos de la Asociación.

Firma:

4. Se debe pedir fecha solo con el número de asociado personal (va asociado a un solo C.I.F de empresa que la Conselleria controla) nunca con el de otro compañero.

Firma:



ASOCIACION I.T.S VALENCIA
C/ Asturias, nº 34. Local 4.
96 317 20 27- 96 317 26 98
itsvalencia@itsvalencia.net
www.its-valencia.com

5. Es deber de los asociados comunicar una mala práctica detectada por cualquier compañero, si se salta estas normas.

Firma:

6. El compañero amonestado será sancionado por la asociación por mala praxis como se plasma en los estatutos de la asociación.

Firma:

- Se pueden pedir las fechas solícitas una semana antes de tenerla, para el mes siguiente.
- Se puede coger fecha en un centro, un día antes de ir, sin perder la fecha del mes siguiente.

Estoy informado de las normas de la asociación y me comprometo a cumplirlas.

NOMBRE Y APELLIDOS:

NUMERO ASOCIADO:

Valencia a ____ de _____ de ____

