



euskadiko
zerga-aholkularien
elkartea
asociación profesional
de asesores fiscales
del país vasco

San Vicente 8
Planta 3, Dpto. 9
t. 94 424 99 02
f. 94 423 80 60
48001 Bilbao
www.apafpv.com

Elkartaegatik bete

Elkarkide Zbk. _____
Alta Data _____
Behe Data _____

ONARPEN ESKARIA

Abizena _____

Argazkia Izena _____

N.A.N _____

Profesionalaren Datuak

Enpresa _____ F.I.Z. _____

Kalea _____ Zbk _____ Solairua _____

Herria _____ Lurraldea _____ P.K _____

Telefonoa/ak _____ Faxe _____

E-mail _____ www. _____

Banku Datuak

Bankua _____ Helbidea _____

Erakundea _____ Sukurtsala _____ K.D _____ Kontu Zbk. _____

Elkarkide baliatua bezala sarrera

Euskadiko Zerga-Aholkularien Elkartea

Asociación Profesional de Asesores Fiscales del País Vasco

(n), Zerga-Aholkularien eta Zerga-Tecnikarien Elkartearen Espainako Federazioaren Elkarkidea eskatzen du. Horregatik erazkobetekizun eskatuak betetzen dituela eta Estatutoak ezagutzen dituela, beraz men egiten diela, adierazten du

(e)n, ko (a)ren an

Eskatzailearen Sinadura

Datu Pertsonala Babesteko 1999ko Abenduaren 13ko Lege Organikoa xedatutakoa betetzeko, formulario honen bidez, jasotzen diren datu pertsonalak, erabat bapestekoak dira eta E.Z.A.E. / A.P.A.F.P.V.k dituen fitxategietan sartuko dira. E.Z.A.E. / A.P.A.F.P.V.en izena ematen duen erabiltzaileak, une oro izango du datutara sartu, horiek zuzendu, ezabatu eta baliogabetzeko eskubidea. Hori egin daiteke idatziz : E.Z.A.E. / A.P.A.F.P.V. San Vicente Kalea 8zbk - 3.soliaruan, 9 dep. 48.001Bilbo edo nola e-mail bidez : secretariatecnica@apafpv.com



euskadiko
zerga-aholkularien
elkartea
asociación profesional
de asesores fiscales
del país vasco

San Vicente 8
Planta 3, Dpto. 9
t. 94 424 99 02
f. 94 423 80 60
48001 Bilbao
www.apafpv.com

A rellenar por la Asociación

Nº de Asociado _____
Fecha de Alta _____
Fecha de Baja _____

SOLICITUD DE INGRESO

Apellidos _____

Foto

Nombre _____

D.N.I. _____

Datos Profesionales

Nombre Empresa _____ *C.I.F* _____

Calle _____ *Nº* _____ *Piso* _____

Localidad _____ *Provincia* _____ *C.P* _____

Teléfono/s _____ *Fax* _____

E-mail _____ *www.* _____

Datos Bancarios

Banco _____ *Dirección* _____

Entidad _____ *Oficina* _____ *D.C.* _____ *Nº Cuenta* _____

Solicita su admisión en

Euskadiko Zerga-Aholkularien Elkartea

Asociación Profesional de Asesores Fiscales del País Vasco

miembro de la Federación Española de Asociaciones Profesionales de Técnicos Tributarios y Asesores Fiscales, como asociado ejerciente a cuyo efecto declara que cumple los requisitos necesarios y que, así mismo, conoce los Estatutos y se somete a los mismos,

En _____ *a* _____ *de* _____ *de* _____

Firma del Solicitante

Conforme a la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99, de 13 de Diciembre, los datos facilitados a través de este formulario son absolutamente confidenciales y serán incorporados a la base de datos de E.Z.A.E./A.P.A.F.P.V. para la gestión y correcta prestación de los servicios a sus miembros. Podrá ejercer en todo momento sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en relación a sus datos personales, dirigiéndose por escrito a: E.Z.A.E. / A.P.A.F.P.V. c/ San Vicente nº 8-3ª Planta, dep 9, Bilbao 48.001 o por e-mail a: secretariatecnica@apafpv.com