

BOLETIN DE INSCRIPCIÓN

Sr. Presidente de la
FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE EMPRESAS
DE TECNOLOGÍA SANITARIA

Muy Sr. Nuestro:

Ruego acepte nuestra solicitud como miembro de esta Federación, con el fin de que sea aprobada en la próxima Asamblea General, entendiendo que aceptamos a partir de este momento los derechos y las obligaciones contenidos en los Estatutos, el Reglamento de Régimen Interior de FENIN, así como cumplir y respetar su Código de Buenas Prácticas y las normas que lo desarrollan.

A continuación se detallan los datos referentes a nuestra Empresa:

1. Nombre de la Empresa		
2.Nombre Comercial		CIF:
3. Domicilio Social		
4. Población	5. E-mail y Página Web	6. Código Postal
7. Teléfono 1	8. Teléfono 2	9. Fax
10. Domicilio Comercial		
11. Población	12. Provincia	13. Código Postal
14. Teléfono 1	15. Teléfono 2	16. Fax
17. Actividad de la Empresa		
18. Convenio Laboral por el que se rige	19. IAE	

20. Nombre, apellidos y dirección de de e-mail del Representante Legal

21. Cargo en la Empresa

22. Nombre, apellidos y dirección de e-mail del Portavoz en FENIN (si no es el Representante Legal)

23. Cargo en la empresa

24. Solicitud avalada por las siguientes Empresas miembros de FENIN. Se acompaña conformidad escrita de los avalistas.

A Efectos de identificación de nuestra Empresa en el censo de esa Federación, adjuntamos al presente “Boletín de Inscripción” los siguientes datos:

- **Volumen de facturación referido al último ejercicio contable cerrado**
- **Organización sectorial de nuestra actividad**
- **Domiciliación bancaria**

Volumen de facturación referido al último ejercicio contable cerrado:

Facturación nacional:

Exportación:

ORGANIZACIÓN SECTORIAL

Empresa

Participo en los siguientes sectores:

SECTOR DENTAL

Nombre, apellidos y dirección de e-mail del responsable:

Facturación anual aproximada en el sector:

SECTOR DIAGNOSTICO IN VITRO

Nombre, apellidos y dirección de e-mail del responsable:

Facturación anual aproximada en el sector:

SECTOR ELECTROMEDICINA

Nombre, apellidos y dirección de e-mail del responsable:

Facturación anual aproximada en el sector:

SECTOR CARDIOVASCULAR, NEUROCIRUGÍA, TRATAMIENTO DEL DOLOR

Nombre, apellidos y dirección de e-mail del responsable:

Facturación anual aproximada en el sector:

SECTOR GESTIÓN ACTIVA DE COBROS (GAC)

Nombre, apellidos y dirección de e-mail del responsable:

Deuda aproximada con la Sanidad Pública en el sector:

SECTOR IMPLANTES DE TRAUMATOLOGÍA

Nombre, apellidos y dirección de e-mail del responsable:

Facturación anual aproximada en el sector:

SECTOR NEFROLOGÍA

Nombre, apellidos y dirección de e-mail del responsable:

Facturación anual aproximada en el sector:

SECTOR ORTOPEdia

Nombre, apellidos y dirección de e-mail del responsable:

Facturación anual aproximada en el sector:

SECTOR PRODUCTOS SANITARIOS DE UN SOLO USO

Nombre, apellidos y dirección de e-mail del responsable:

Facturación anual aproximada en el sector:

SECTOR EFECTOS Y ACCESORIOS

Nombre, apellidos y dirección de e-mail del responsable:

Facturación anual aproximada en el sector:

SECTOR FABRICANTES Y EXPORTADORES

Nombre, apellidos y dirección de e-mail del responsable:

Facturación anual aproximada en el sector:

SECTOR OFTALMOLOGÍA

Nombre, apellidos y dirección de e-mail del responsable:

Facturación anual aproximada en el sector:

SECTOR OXIGENOTERAPIA Y OTRAS TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS

Nombre, apellidos y dirección de e-mail del responsable:

Facturación anual aproximada en el sector:

ACTIVIDAD

- FABRICANTE
 IMPORTADOR
 EXPORTADOR

- REPRESENTANTE
 DISTRIBUIDOR

Fecha, Firma y Sello de la Empresa

Acepto derechos y obligaciones contenidas en los Estatutos, Reglamento de Régimen Interior y Código de Buenas Prácticas de FENIN.

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos Personales (LOPD, le informamos que sus datos son confidenciales y pasarán a formar parte de un fichero de Asociados titularidad de **FEDERACION ESPAÑOLA DE EMPRESAS DE TECNOLOGIA SANITARIA** con la finalidad de gestionar su incorporación a la federación, cumplir con las funciones descritas en nuestros estatutos, gestionar las actividades y eventos organizados por la federación, así como remitirle comunicaciones o boletines informativos, novedades del sector, y, siempre que no nos indique lo contrario, proporcionarle información comercial de su interés, inclusive por medios electrónicos.

Con la finalidad de mantener actualizados los datos, el socio deberá comunicar cualquier cambio que se produzca sobre los mismos.

Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a la FEDERACION ESPAÑOLA DE EMPRESAS DE TECNOLOGIA SANITARIA, C/Juan Bravo, 10. 3º, C.P. 28006 Madrid junto con su identificación a través del DNI.



Juan Bravo 10 - 3º • 28006 MADRID • T. +34 91 575 98 00 • F. +34 91 435 34 78
Travesera de Gracia 56 - 1º- 3ª • 08006 BARCELONA • T. +34 93 201 46 55 • F. + 34 93 201 81 09
fenin@fenin.es • www.fenin.es

Madrid, 01 de diciembre de 2010

Muy Sr. Mío,

Le comunico que de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 25 de la Ley 16/2009, de 13 de noviembre, de servicios de pago, para poder domiciliar en una cuenta bancaria los recibos correspondientes a la cuota anual de socio de la Federación es necesaria su autorización expresa.

Con la finalidad de dar cumplimiento a lo anteriormente expuesto, le adjunto un formulario de autorización que deberá ser debidamente cumplimentado y firmado por el representante legal de la empresa. Le agradeceríamos que nos lo haga llegar a la mayor brevedad posible a las direcciones de correo electrónico v.herrera@fenin.es, a.moreno@fenin.es, o al número de fax 91 435 34 78.

Agradeciendo de antemano su colaboración.

Atentamente.

Valle Herrera
Controller

AUTORIZACIÓN BANCARIA PARA DOMICILIACIÓN

Nombre de la persona o entidad titular del recibo:

Dirección (dirección, población, C.P):

NIF: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Autorizo a Fenin (Federación de Empresas de Tecnología Sanitaria), a domiciliar las órdenes de pago emitidas a nombre de nuestra empresa o entidad titular de los recibos anteriormente citados y que sean presentados de forma automática a la siguiente cuenta:

Entidad:

Sucursal:

Dígito de Control:

Número de cuenta:

En _____, a ____ de _____ de 201