



# ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE INTEGRACIÓN SENSORIAL

CIF.: G-74139478

Estimad@ compañer@,

Para formalizar el alta como soci@, es imprescindible enviar los siguientes documentos escaneados o fotografiados:

- DNI
- Título o justificante de estudios de Terapia Ocupacional
- Cada uno de los títulos que se posean en Integración Sensorial
- Justificante de pago de la parte proporcional correspondiente al año en curso (cuota anual de 35€)
- Ficha de inscripción cumplimentada y firmada

Los documentos mencionados deben enviarse por correo electrónico a:

[secretaria@integracionsensorial.es](mailto:secretaria@integracionsensorial.es)

MES	€	MES	€
ENERO	35	JULIO	18
FEBRERO	32	AGOSTO	15
MARZO	29	SEPTIEMBRE	12
ABRIL	26	OCTUBRE	9
MAYO	23	NOVIEMBRE	6
JUNIO	20	DICIEMBRE	3

El ingreso de la cuota del primer año debe realizarse en la cuenta bancaria de la AEIS:

**ES58 0049 5130 5125 9516 7880 – BANCO SANTANDER**

A partir del segundo año, la cuota se pasará a través de un recibo anual durante el mes de febrero.

Para **más información** puede consultar nuestra página web o redes sociales:

[www.integracionsensorial.es](http://www.integracionsensorial.es)

<https://www.facebook.com/aeis.sensorial>



# ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE INTEGRACIÓN SENSORIAL

CIF.: G-74139478

## SOLICITUD DE ALTA

### Datos identificativos:

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_  
DNI: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Municipio: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Provincia: \_\_\_\_\_

### Datos de contacto:

Teléfono 1: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Solicito afiliación como:

Socio de pleno derecho:   
(Imprescindible Título de Terapia Ocupacional y 45 horas de formación completa y reconocida en Integración Sensorial)

Socio en formación:   
(Terapeutas ocupacionales y estudiantes de Terapia Ocupacional que hayan iniciado un proceso de formación en Integración Sensorial)

### Datos bancarios:

Número de cuenta: \_\_\_\_\_  
Nombre entidad bancaria: \_\_\_\_\_

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Firmante (Escriba nombre y apellidos): \_\_\_\_\_

Autorizo a que los datos que se indican a continuación aparezcan en la página web de la Asociación Española de Integración Sensorial dentro del listado de Terapeutas Ocupacionales formados en Integración Sensorial y en el listado de Centros:

AVISO: En el listado sólo podrán aparecer socios que tengan el nivel de formación exigido según los estatutos de la AEIS

SI  NO

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Centro: \_\_\_\_\_

Ciudad del centro: \_\_\_\_\_

Página web centro: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

“En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa que los datos recogidos en este formulario pasarán a formar parte de un fichero propiedad de la Asociación Española de Integración Sensorial (AEIS) para la gestión de un fichero de asociados, y únicamente podrán ser publicados en la página web de la Asociación si el socio interesado así lo autoriza expresamente. Asimismo, se informa que podrán ejercerse los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la AEIS a través del correo de secretaría: secretaria@integracionsensorial.es”