



REPRESENTANTE DE LA EMPRESA

NOMBRE:

1º APELLIDO:

2º APELLIDO:

N.I.F.:

VETERINARIO VINCULADO (EN CASO DE REPRESENTANTE NO VETERINARIO):

CORREO ELECTRÓNICO:

TELEFONO DE CONTACTO:

AVALADO POR: 1.

2.

NOMBRE COMERCIAL

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:

CIF EMPRESA (rellenar en caso de ser persona jurídica):

NÚMERO DE SOCIOS (rellenar en caso de ser persona jurídica):

DIRECCIÓN:

CP:

POBLACIÓN:

Nº DE TRABAJADORES ASALARIADOS:

Nº DE CUENTA:

El firmante, en su condición de representante de la empresa, manifiesta su voluntad de afiliarse la Asociación Empresarial de Veterinarios Clínicos de Sevilla (CEVE Sevilla) como asociado de pleno derecho y autoriza a CEVE Sevilla la cesión de sus datos personales a terceras empresas para alcanzar acuerdos comerciales que redunden en un beneficio tanto para su empresa como a dicha asociación.

En _____ a _____ de _____ de 202

Firma y sello