

D./D^a _____, provisto/a de DNI _____, en
mi condición de representante legal de la Institución Pública _____,
con NIF _____ y domicilio _____, manifiesto
el interés de mi representada en darse de alta como miembro de la **Asociación de Prestadores Cualificados
de Servicios de Confianza de España (APCSCE)**, en la modalidad marcada:

Institución Pública

Lugar y fecha

Firma y sello

Para gestionar su solicitud, APCSCE precisa sus datos personales. En conformidad con la legislación vigente en materia de protección de datos le informamos,

| | |
|-----------------------------|---|
| Responsable del tratamiento | Asociación de Prestadores Cualificados de Servicios de Confianza de España (APCSCE) |
| Finalidad | Alta como miembro de la Asociación |
| Derechos | Vd. tiene derecho de información, acceso, rectificación, cancelación, oposición, limitación y portabilidad, consulte información adicional. |
| Información adicional | https://www.apcsce.com/politica-de-privacidad/ |