

**POR FAVOR, INDÍQUENOS SUS DATOS DE CONTACTO O ADJUNTENOS SU TARJETA DE VISITA**

<b>Nombre</b>	<b>Dirección</b>	
<b>Empresa</b>	<b>Móvil</b>	
<b>Cargo</b>	<b>e-mail</b>	

**POR FAVOR, RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:**

**1. ¿Qué tipo de formación/workshop consideraría interesante que pudiéramos ofrecerle?.**

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

**2. En caso que sea miembro actual del ACRP o esté interesado en serlo, le gustaría tener un papel activo como miembro de la asociación (participación en ponencias, liderar grupos de trabajo, representar el ACRP Chapter Spain en su ciudad o Comunidad Autónoma)?**  Sí  No

**3. ¿Qué oferta de grupos de trabajo consideraría interesante?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4. ¿Le interesaría ser miembro del ACRP?**

Sí  Ya estoy inscrito  No. Por favor, indíquenos el motivo: \_\_\_\_\_

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

**AGRADECEMOS SUS RESPUESTAS, SU COLABORACIÓN NOS AYUDARÁ A ADAPTAR EL ACRP CHAPTER SPAIN A LAS NECESIDADES DE LOS MIEMBROS DE LA ASOCIACIÓN.**

*Los datos personales recogidos en este cuestionario formarán parte de un fichero que será depositado en la Agencia Española de Protección de Datos. Sus datos serán utilizados exclusivamente por el ACRP Chapter Spain con fines no comerciales y en ningún caso serán cedidos a terceros. Siguiendo la **Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal**, usted podrá ejercer la rectificación o cancelación de sus datos personales enviando un e-mail a [spainchapter@acrpnnet.org](mailto:spainchapter@acrpnnet.org)*