

BOLETÍN DE ADHESIÓN

NOMBRE _____ DNI / NIE / NIF _____
APELLIDOS _____ FECHA NACIMIENTO _____
DOMICILIO PARTICULAR _____
POBLACIÓN _____ CÓDIGO POSTAL _____
PROVINCIA _____ PAÍS _____
TELÉFONO _____ FAX _____
TELÉFONO MÓVIL _____ E-MAIL _____
COLEGIADO Nº _____ PROVINCIA COLEGIATURA _____
ESPECIALIDAD OFICIAL _____ AÑO LICENCIATURA _____
ACTIVIDAD PROFESIONAL _____
NOMBRE DEL CENTRO DE TRABAJO _____
DOMICILIO _____
POBLACIÓN _____ CÓDIGO POSTAL _____
PROVINCIA _____ PAÍS _____
TELÉFONO _____ FAX _____ MÓVIL _____
E-MAIL _____ HTTP:// _____

DESEO ASOCIARME A LA ASOCIACIÓN COLEGIAL DE MEDICINA ESTÉTICA DE MADRID Y MANIFIESTO EXPLÍCITAMENTE EL CONOCIMIENTO DE LA ENTIDAD Y LA CONFORMIDAD DE LOS ESTATUTOS SOCIALES. ASIMISMO ADJUNTO COPIA FÍSICA O DIGITAL A **ASOCIACION.ESTETICA2014@GMAIL.COM**, DE EXPEDIENTE CURRICULAR (C.V.) Y REFERENCIAS DE MI LUGAR DE TRABAJO O CENTRO MÉDICO: HOMOLOGACIÓN DE TÍTULOS, AUTORIZACION SANITARIA, SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL, OTROS.

DE IGUAL FORMA ME COMPROMETO A APORTAR BIANUALMENTE AQUELLAS CONSTANCIAS DE ASISTENCIA A CURSOS, SEMINARIOS Y CONGRESOS, CON LA FINALIDAD DE MANTENER ACTUALIZADO MI EXPEDIENTE Y EN CONTINUO RECICLAJE LA FORMACIÓN PROFESIONAL. DESDE JUNIO 2016, LA CUOTA DE ASOCIACIÓN ES DE 75 EUROS (€) ANUALES, QUE SERÁN DEBITADOS DE LA CUENTA BANCARIA DEL SOLICITANTE. LA FECHA DE DÉBITO DE LA CUOTA ANUAL SERÁ LA PRIMERA QUINCENA DEL MES DE JUNIO DEL AÑO EN CURSO. EN CASO DE ADHESIÓN POSTERIOR, SE DEBITARÁ MONTO PROPORCIONAL SEGÚN FECHA DE INSCRIPCIÓN.

FIRMA FECHA _____
DATOS BANCARIOS
TITULAR DE LA CUENTA _____
BANCO / CAJA _____
DOMICILIO _____
NUMERO CUENTA CLIENTE (IBAN) ES _____
ME AVALAN DOS MIEMBROS ASOCIADOS:
DR. _____ DR. _____

En cumplimiento de lo que se dispone en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (en adelante "LOPD"), ASOCIACIÓN COLEGIAL DE MEDICINA ESTÉTICA DE MADRID, informa que los datos de carácter personal que se incluyan en todos los formularios de esta asociación serán registrados en los ficheros automatizados cuyo titular y responsable es LA SECCION COLEGIAL DEL ILUSTRE COLEGIO DE MEDICOS DE MADRID.

El depositante podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos y condiciones previstos en la LOPD dirigiéndose a la dirección del Titular del fichero:

ASOCIACIÓN COLEGIAL DE MEDICINA ESTÉTICA DE MADRID. SECCIÓN COLEGIAL DEL ILUSTRE COLEGIO DE MÉDICOS DE MADRID, Calle Santa Isabel, Nº 51. 28012 Madrid. Correo electrónico: sociedades@icomem.es

De conformidad con lo que se prevé en el artículo 11 de la LOPD, rellenando los formularios de esta asociación colegial, el depositante da su consentimiento para que los datos facilitados puedan ser comunicados a ASOCIACIÓN COLEGIAL DE MEDICINA ESTÉTICA DE MADRID, con la finalidad de facilitarle información profesional u ofertas y servicios de cursos de formación.