SECOP | SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA OCULOPLÁSTICA

……, ..…… de,……..……de 20.....…

Muy Sres. Míos:

A continuación les comunico mis datos personales con el fin de pertenecer como Socio de la Sociedad Española de Cirugía Oculoplástica:

Datos Personales

Apellidos: ……...……..…… ……..…….....

Nombre: …….. N.º DE COLEGIADO: .....

DNI: ……...

Domicilio:……Código Postal: ……...……..

Localidad: …… Provincia: ……..……..…

Teléfono: …… Email: ……...……

Datos Profesionales

Estudios cursados en: ……..……..……..

Fecha de expedición del título de especialista: ……..……..……..

Colegiado en:……..……..……

Numero: ……..……

Centro de Trabajo

Centro de Trabajo: ……..……Cargo: ……

Dirección:……..…… Código Postal: ……..……..

Localidad: …… Provincia: ……..……..…

Teléfono: ……..……Email: ……..……

Datos bancarios

IBAN	Entidad	Oficina	DC	Nº de Cuenta

Socios que le avalan

Firma **Firma**

Nombre del Socio **Nombre del Socio**

SECOP | SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA OCULOPLÁSTICA

Notificaciones SECOP
¿De qué forma prefiere recibir las notificaciones de la Sociedad?

- ☐ Por whatsapp
- ☐ Por email (a través de nuestras newsletters)
- ☐ Por ambos canales

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable: Sociedad Española de Cirugía Oculoplástica; **Finalidad:** Atender su solicitud y enviarle comunicaciones comerciales; **Legitimación:** Ejecución de un contrato, consentimiento del interesado; **Destinatarios:** No se cederán datos a terceros, salvo obli-gación legal; **Derechos:** Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, indicados en la información adicional, que puede ejercer dirigiéndose a la dirección del responsable del tratamiento; **Procedencia:** El propio interesado.

☐ Yo _____

con DNI _____

he leído y acepto los términos de la Ley General de Protección de Datos.