

HOJA DE INSCRIPCIÓN

El Dr./Dra. _____

nº de colegiado

de

D.N.I.: _____

Domicilio en: _____

Ciudad: _____

Provincia: _____

C.P.: _____

Calle: _____

Tif: _____

Movil: _____

e-mail: _____

Lugar trabajo: _____

Solicita ser admitido en esa Sociedad como:

- SOCIO AGREGADO
 SOCIO NUMERARIO

Avalado por los socios:

Dr/Dra: _____

nº colegiado _____

Dr/Dra: _____

nº colegiado _____

Adjunta la fotocopia del título o depósito del título

- LICENCIADO EN MEDICINA Y CIRUGÍA
 ESPECIALISTA
 CERTIFICADO DE ESTAR REALIZANDO LA ESPECIALIDAD

Datos bancarios:

Banco: _____

(20 dígitos) Codigo entidad: _ _ _ _ Oficina: _ _ _ _ DC: _ _ CC: _ _ _ _ _ _ _ _

Firmado:

En _____ a _____ de _____ del 200_

"En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le comunicamos que la información que ha facilitado pasará a formar parte del fichero automatizado GESTION ADMINISTRATIVA Y CONTABLE, cuyo titular es la SOCIEDAD VALENCIANA DE REUMATOLOGÍA, con la finalidad de gestionar los recursos de la entidad. Tiene derecho a acceder a esta información y cancelarla o rectificarla, dirigiéndose al domicilio de la entidad, en Av. Plata, 20 de Valencia. Esta entidad le garantiza la adopción de las medidas oportunas para asegurar el tratamiento confidencial de dichos datos."