



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA CERVICAL Y COLPOSCOPIA

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Sr. Presidente de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia.

Por la Presente solicito mi ingreso en la Asociación profesional y científica que Vd. preside.

Adjunto: • Domiciliación bancaria
• Datos personales

DATOS PERSONALES:

Apellidos: Nombre:

Domicilio: N.I.F.:

Población: C. Postal:

Provincia: País:

Teléfono: Fax:

Correo electrónico:

Titulación: Especialidad:

Centro de Trabajo

Médico Residente año de Residencia

FIRMA

Conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la ASOCIACION ESPAÑOLA DE PATOLOGIA CERVICAL Y COLPOSCOPIA informa que la finalidad de recogida de los datos que Vd. proporciona es la de gestionar y organizar las actividades propias de la Asociación. Para ello almacena y trata dichos datos en el ámbito de la propia Asociación. Vd. tiene la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición previstos en la Ley mediante carta dirigida a ASOCIACION ESPAÑOLA DE PATOLOGIA CERVICAL Y COLPOSCOPIA: Calle Marina 27, Bajos 08005 Barcelona

Enviar a la Secretaría de la AEPCC - GRUPO GEYSECO Marina, 27 bajos Barcelona
secretaria@aepcc.org tel. 902 106 026 fax 902 106 283

DOMICILIACIÓN BANCARIA:

Cuota A.E.P.C.C. año 2011 40 €

Banco / Caja:

Código cuenta corriente:

Dirección:

Titular de la Cuenta:

FIRMA

Barcelona, de de 20.....

Imprimir formulario