

SOLICITUD ALTA SOCIO

Nº SOCIO
(a cumplimentar
por la Sociedad)

NOMBRE **APELLIDOS**

FECHA NACIMIENTO

D.N.I.

DIRECCIÓN

LOCALIDAD **PROVINCIA** **C.P.**

TELÉFONO **EMAIL**

CENTRO DE TRABAJO

En _____, a _____ de _____ de 20____

Firma

Información Básica de Protección de Datos.

Responsable: ASOCIACIÓN ARAGONESA DE OFTALMOLOGÍA; Procedencia: Propio interesado; Finalidad: prestarle los servicios que nos ha solicitado, atender sus solicitudes de información y enviarle comunicaciones comerciales. Gestión de la Asociación; Legitimación: Consentimiento del interesado; Destinatarios: Están previstas cesiones de datos a: Administración Tributaria, Entidades financieras; Derechos: Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, indicados en la información adicional, que puede ejercer en secretaria@sociedadaragonesadeoftalmologia.es
Información adicional: Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de datos en www.sociedadaragonesadeoftalmologia.es
Este mensaje y sus archivos adjuntos van dirigidos exclusivamente a su destinatario, pudiendo contener información confidencial sometida a secreto profesional. No está permitida su reproducción o distribución sin nuestra autorización expresa. Si usted no es el destinatario final por favor elimínelo e infórmenos por esta vía.

