



D. / Dña. _____

Solicita ingresar en la Sociedad GEER como miembro, por lo que adjunta los siguientes datos:

DATOS PERSONALES

Natural de: _____ Provincia de: _____ nacido el
Día: ____ / ____ / ____, con DNI nº _____ N° Colegiado: _____
Domicilio: _____ Población: _____
Código Postal: _____ Provincia: _____ País: _____
Teléfono: _____ Móvil: _____ Fax: _____
E-mail: _____

DATOS PROFESIONALES:

Cargo: _____ Departamento: _____
Lugar de trabajo: _____
Domicilio: _____ Población: _____
Código Postal: _____ Provincia: _____ País: _____
Teléfono: _____ Móvil: _____ Fax: _____
E-mail: _____

DATOS BANCARIOS:

Entidad: _____ Sucursal nº: _____
Domicilio Bancario: _____ Población: _____
Código Postal: _____ Provincia: _____ País: _____
Nombre del titular: _____
Entidad Oficina D.C. N° de cuenta
N° Cuenta Bancaria: ____ / ____ / ____ / _____
(Imprescindible indicar los 20 dígitos)

Comunicación Oral o Póster (leído en mesa redonda) que ha presentado y leído en el Congreso Anual de la Sociedad:

Título Comunicación: _____

Fecha: _____

Lugar de celebración: _____

Firma de aval de 2 miembros numerarios de la Sociedad:

Dr. D. _____

Dr. D. _____



LEY 15/1999 DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES:

En virtud de la actual Ley 15/1999 de Protección de Datos Personales, el interesado podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante comunicación escrita dirigida a la SOCIEDAD PARA EL ESTUDIO DE LAS ENFERMEDADES DEL RAQUIS, responsable de los ficheros en los que se encuentran incluidos los datos de carácter personal. Su tramitación deberá hacerse a la Sociedad con el domicilio en Avenida del Parque, Edificio Benal-Beach, 29630 Benalmádena-Costa, Málaga.

Los datos personales serán tratados de forma confidencial, de acuerdo con lo dispuesto en la ley 15/1999, sin cesión a otras entidades salvo aquellas motivadas por la gestión de cualquier actividad medica-científica derivada del fin social no lucrativo de la SOCIEDAD PARA EL ESTUDIO DE LAS ENFERMEDADES DEL RAQUIS. La autorización del socio a la cesión o tratamiento de sus datos tendrá siempre carácter revocable.

Rogamos nos remita este documento con su firma y consentimiento escrito en una de las dos opciones que se relatan a continuación:

- Manifiesto expresamente mi consentimiento.**

- Deseo ser excluido de los listados que el GEER facilite a terceros, para información científica.**

Firma del Solicitante:

Dr. D. _____ con fecha: ____ / ____ / ____

A CUMPLIMENTAR POR LA SECRETARIA:

Admitido definitivamente en la Asamblea celebrada el ____ de ____ del ____

Firma del Presidente: Dr. D. _____ Firma del Secretario: Dr. D. _____

SOCIO N° _____

Observaciones: