



D. / Dña. _____

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

DATOS PERSONALES	
Natural de: _____	Provincia de: _____ nacido el
Día: ____ / ____ / _____, con DNI nº _____	Nº Colegiado: _____
Domicilio: _____	Población: _____
Código Postal: _____	Provincia: _____
Teléfono: _____	Móvil: _____
E-mail: _____	Fax: _____
DATOS PROFESIONALES:	
Cargo: _____	Departamento: _____
Lugar de trabajo: _____	
Domicilio: _____	Población: _____
Código Postal: _____	Provincia: _____
Teléfono: _____	Móvil: _____
E-mail: _____	Fax: _____

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

LEY 15/1999 DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES:

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y al REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016, le informamos de que los datos facilitados serán incluidos en un fichero titularidad de **[SOCIEDAD PARA EL ESTUDIO DE LAS ENFERMEDADES DEL RAQUIS]**, con la finalidad de **[gestionar adecuadamente la información de los miembros de la sociedad científica así como para publicar los datos en la página de la sociedad GEER]**. Informar que los datos se conservarán **[mientras subsista la relación contractual y durante el plazo establecido para las posibles acciones legales que puedan surgir como consecuencia del encargo]**. Informamos que los datos se cederán a terceros para el cumplimiento la prestación del servicio y en todo caso, para atender las obligaciones legales. A su vez, le informamos de que en cualquier momento puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación u oposición al tratamiento de sus datos, así como retirar el consentimiento prestado o formular reclamaciones ante la Autoridad de Control. Dichas acciones podrán ejercerse enviando la solicitud a **[SOCIEDAD PARA EL ESTUDIO DE LAS ENFERMEDADES DEL RAQUIS]** situado en **[Avenida García Lorca s/n. Edif. Club Municipal de Hielo, local 6-2, 29630 Benalmádena, Málaga.]** adjuntando fotocopia del documento acreditativo de identidad o bien por correo electrónico: secretaria@geeraquis.org

Manifiesto expresamente mi consentimiento.

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

Firma de aval de 2 miembros numerarios de la Sociedad:

Dr. D. _____

Dr. D. _____



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE COLUMNA VERTEBRAL
Formulario de solicitud de admisión al GEER como miembro ASOCIADO

Deberá enviar el presente formulario cumplimentado, con el aval de dos socios numerarios con un mes de antelación a la Asamblea anual, y adjuntar la siguiente documentación:

- Acreditar asistencia al Congreso Anual GEER durante 3 de los últimos 5 años.
- Adjuntar currículum profesional, y los datos sobre conocimientos, títulos, etc.

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: