



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 _____ Nº 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. Nº de cuenta
Nº Cuenta Bancaria: ___ ___ ___ / ___ ___ ___ / ___ ___ ___ / _____
(Imprescindible indicar los 20 dígitos)
IBAN: _____

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 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 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: