

FORMULARIO DE AFILIACIÓN RESIDENTES

<https://www.cesm-cv.org>

Apellidos, Nombre

Domicilio

Localidad

Código postal

Correo electrónico

Teléfono

Fecha de nacimiento

DÍA

MES

AÑO

Teléfono móvil

Número de Colegiado

NIF

Especialidad

Lugar de trabajo

Departamento

Delegación

¿Realiza Guardias?

NO

☐

SI

☐

Lugar de Guardias

Fecha de Inicio:

MES

AÑO

PERIODO DE RESIDENCIA:

Fecha de Finalización:

Domiciliación bancaria

IBAN

E S

GRATUITO

Firma y fecha

De acuerdo por lo dispuesto por la L.O. 15/99 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos que nos facilite mediante esta vía serán incluidos en un fichero de datos en formato papel y serán incluidos en un fichero automatizado de datos, cuya finalidad será la correcta gestión de las acciones y la relación con el Sindicato. Para ello, es posible que se tengan que remitir sus datos a las organizaciones o entidades que promueven la acción formativa a través del Sindicato Médico CESM-CV o las Sedes Provinciales de Alicante, Castellón o Valencia, por meros imperativos legales y de gestión. Sus datos no serán utilizados con fines comerciales, aunque sí es posible que sean utilizados para mantenerle informado de las actuaciones.

_____ de _____ de _____