



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MÉDICOS DOMINICANOS (AEMD)
Pº de Santa María de la Cabeza 6, 5º CT, CP: 28045, Madrid.
NIF: G87709036, E-mail: info@aemd.online

A rellenar por la AEMD

Nº de socio: _____
Fecha de alta: _____
Fecha de baja: _____

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ADMISIÓN AEMD

DATOS PARA INSCRIPCIÓN DE SOCIOS INDIVIDUALES

POR FAVOR, RELLENAR EN MAYÚSCULAS, (*) DATOS OBLIGATORIOS.

DATOS PERSONALES *

NOMBRES: _____ APELLIDOS: _____
NIE/DNI: _____, FECHA DE NACIMIENTO: (DD/MM/AAAA) ____/____/____
TITULACION/ESPECIALIDAD _____
LUGAR DE COLEGIATURA _____ Nº DE COLEGIATURA: _____

DATOS DE CONTACTO *

DOMICILIO: _____
CIUDAD/MUNICIPIO: _____ PROVINCIA: _____
C. P.: _____ TELÉFONO FIJO: _____ MÓVIL: _____
CORREO ELECTRÓNICO: _____

LUGAR DE TRABAJO

DOMICILIO: _____
CIUDAD/MUNICIPIO: _____ PROVINCIA: _____
C. P.: _____ TELÉFONO FIJO: _____ MÓVIL: _____
CORREO ELECTRÓNICO: _____

REFERENCIA DE SOCIOS

NOMBRE: _____ CARNET Nº: _____ FIRMA: _____
NOMBRE: _____ CARNET Nº: _____ FIRMA: _____

Fecha y firma:

En _____, a _____ de _____ del año _____

Firmado: _____



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MÉDICOS DOMINICANOS (AEMD)
Pº de Santa María de la Cabeza 6, 5º CT, CP: 28045, Madrid.
NIF: G87709036, E-mail: info@aemd.online

IMPRESO DE CONSENTIMIENTO E INFORMACIÓN DEL TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL DE LOS SOCIOS.

De conformidad con la Ley Orgánica 15-1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, Ud. queda informado/a de que sus datos personales pasarán a formar parte de un fichero titularidad de "AEMD" Asociación Española de Médicos Dominicanos, con la finalidad de prestar servicios de ayuda y asesoramiento a los asociados, gestión de los socios, aportaciones y donaciones, campañas y otras acciones, así como informarle de las actividades promovidas por la asociación. Los datos proporcionados no serán comunicados a terceros, salvo a los profesionales o colaboradores de "AEMD" Asociación Española de Médicos Dominicanos, a las entidades colaboradoras, a la federación de asociaciones españolas y a la federación internacional, así como los estamentos oficiales que por ley exijan la cesión.

De no facilitarse los datos solicitados marcados con (*) en el presente formulario, no será posible su inscripción como socio de esta entidad.

Se le informa de sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podrá ejercer dirigiéndose a "AEMD" Asociación Española de Médicos Dominicanos mediante un mensaje al correo: info@aemd.online, medio de contacto a través del cual se le facilitará de forma totalmente gratuita por el personal de la asociación el impreso tipo a rellenar a tal fin, y al que asimismo deberá adjuntar fotocopia del D.N.I. o N.I.E. del titular de los datos, o documento acreditativo si actúa como representante del titular de los datos.

En este sentido, y a los efectos de la constancia expresa de su consentimiento para que sus datos sean tratados por "AEMD" Asociación Española de Médicos Dominicanos, para dar cumplimiento a las finalidades anteriormente indicadas, así como para remitirle cualquier tipo de información relativa con la asociación por cualquier medio de comunicación, incluida la vía electrónica, rogamos marque la siguiente casilla:

SI

CONSIENTO que se me remita a través del E-mail he facilitado a la Asociación, el envío de correos electrónicos con cualquier tipo de información relativa a la misma.

Mediante la firma del presente documento, el/la interesado/a presta su consentimiento para el tratamiento de sus datos con los fines arriba previstos, manifestando así mismo bajo su total y absoluta responsabilidad sobre la veracidad de los mismos.

En _____, a _____ de _____ del año _____

Firmado: _____

Enviar a: ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MÉDICOS DOMINICANOS. Dirección: Paseo Santa María de la Cabeza, Nº 6, Piso: 5 centro. CP: 28045, Madrid, CIF: G87709036, E-mail: info@aemd.online