



SOCIEDADE GALEGA DE ANXIOLOGÍA E CIRURXÍA VASCULAR

SOLICITUD DE ALTA COMO MIEMBRO NUMERARIO

SOLICITUD DE ALTA COMO MIEMBRO ASOCIADO (médicos en formación, exentos de cuota)

SOLICITUD DE ALTA COMO MIEMBRO CORRESPONDIENTE (no ejercientes en Galicia)

SOLICITUD DE BAJA COMO SOCIO

SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE DATOS

Datos personales			
Apellidos:		Nombre:	
Dirección:			
Localidad:		CP:	Provincia:
NIF:	Movil:		e-mail:

Centro de trabajo		
Hospital:		
Dirección trabajo:		
Localidad:	CP:	Provincia:
Tfno:	e-mail:	
Puesto de trabajo:	Médico adjunto	Médico residente

Por la presente autorizo a la Junta Directiva de la SGACV que mis datos personales arriba señalados pasen a formar parte de la web www.sgacv.es. En ningún momento estos datos estarán disponibles para personas ajenas a la SGACV. La Junta Directiva actual y sucesivas se comprometen al tratamiento correcto y custodia de los mismos en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de datos de carácter personal (LOPD) y del Real Decreto 994/1999, Reglamento de Medidas de Seguridad (RMS). Podré ejercitar el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición cuando lo estime conveniente.

Orden de pago para domiciliación bancaria																				
				Entidad	Oficina	DC	Nº de cuenta													
Nº de cuenta bancaria (20 dígitos)																				
Titular de la cuenta:																				
Domicilio Entidad Bancaria:																				
CP:				Población:																
<p>Ruego a Uds. tomen nota para que, hasta nuevo aviso, adeuden en mi cuenta el recibo por valor de 18 euros correspondiente a la cuota anual como socio de la SOCIEDADE GALEGA DE ANXIOLOGÍA E CIRURXÍA VASCULAR.</p> <p>En _____ a ____ de _____ de _____</p> <p>FIRMA</p>																				

Enviar esta impreso a: info@sgacv.es