

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS.....**DNI/NIE**.....

DOMICILIO.....**CÓDIGO POSTAL**.....

LOCALIDAD.....**PROVINCIA**.....**PAÍS**.....

CORREO ELECTRÓNICO.....**TELÉFONO**.....

Estando en posesión de la titulación académica requerida, solicito mi inscripción en la Sociedad Española De Medicina Hiperbárica, aceptando el pago de la cuota anual como socio de la misma. Así mismo, autorizo la publicación en el sitio web www.sociedadesspañolademedicinahiperbarica.org mis datos personales que a continuación se relacionan:

Nombre y Apellidos	
Titulación médica	
Empresa	
Cargo	

Documentación Adjunta:

- Fotocopia de Título Oficial Médico
- Fotocopia Título Oficial de Medicina Hiperbárica
- Curriculum Vitae actualizado

Fecha y Firma

Imprima este formulario y envíelo junto a la documentación requerida, al correo electrónico info@sociedadesspañolademedicinahiperbarica.org

Al amparo de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, queda informado de la inclusión de sus datos personales arriba mencionados, en el fichero propiedad de la Sociedad Española de Medicina Hiperbárica, con el fin de desarrollar sus funciones profesionales y de defensa de los intereses de sus socios. Así mismo, declara dar su consentimiento para recibir información de las actividades, cursos y publicaciones que puedan ser de su interés. Queda igualmente informado de la posibilidad de ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos personales mediante comunicado o escrito dirigido a la Sociedad Española de Medicina Hiperbárica en la siguiente dirección: