

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre	<input type="text"/>	DNI / NIE / NIF	<input type="text"/>
Apellidos	<input type="text"/>	Fecha nacimiento	<input type="text"/> D D M M A A
Dirección	<input type="text"/>		
Población	<input type="text"/>	Código Postal	<input type="text"/>
Provincia	<input type="text"/>	País	<input type="text"/>
Teléfono	<input type="text"/>	FAX	<input type="text"/>
Teléfono móvil	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>
Nº colegiado	<input type="text"/>	Provincia colegiatura	<input type="text"/>
Especialidad oficial	<input type="text"/>	Año licenciatura	<input type="text"/>

ACTIVIDAD PROFESIONAL

Centro de trabajo	<input type="text"/>		
Nº de registro de centro sanitario (unidad U.48)	<input type="text"/>		
Domicilio	<input type="text"/>		
Población	<input type="text"/>	Código Postal	<input type="text"/>
Provincia	<input type="text"/>	País	<input type="text"/>
Teléfono	<input type="text"/>	FAX	<input type="text"/>
Teléfono móvil	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>
Página web	<input type="text"/>		

DATOS BANCARIOS

Titular de la cuenta

Banco / Caja

Domicilio

Nº cuenta (IBAN) ES

Me avalan dos miembros asociados:

Dr.

Dr.

DESEO ASOCIARME A LA ASOCIACIÓN COLEGIAL DE MEDICINA ESTÉTICA DE MADRID Y MANIFIESTO EXPLÍCITAMENTE EL CONOCIMIENTO DE LA ENTIDAD Y LA CONFORMIDAD DE LOS ESTATUTOS SOCIALES. ASIMISMO, ADJUNTO COPIA FÍSICA O DIGITAL A asociacionmedicinaestetica@amem.es, DEL EXPEDIENTE CURRICULAR (C.V.), TÍTULO DE MEDICINA ESTÉTICA Y REFERENCIAS DE MI LUGAR DE TRABAJO O CENTRO MÉDICO: HOMOLOGACIÓN DE TÍTULOS, AUTORIZACION SANITARIA, SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL, OTROS. (ESTOS DOCUMENTOS SON IMPRESCINDIBLES A LA HORA DE CURSAR LA INSCRIPCIÓN).

DE IGUAL FORMA ME COMPROMETO A APORTAR BIANUALMENTE AQUELLAS CONSTANCIAS DE ASISTENCIA A CURSOS, SEMINARIOS Y CONGRESOS, CON LA FINALIDAD DE MANTENER ACTUALIZADO MI EXPEDIENTE Y EN CONTINUO RECICLAJE LA FORMACIÓN PROFESIONAL. DESDE JUNIO 2016, LA CUOTA DE ASOCIACIÓN ES DE 95 EUROS (€) ANUALES, QUE SERÁN DEBITADOS DE LA CUENTA BANCARIA DEL SOLICITANTE. LA FECHA DE DÉBITO DE LA CUOTA ANUAL SERÁ EL PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO EN CURSO. EN CASO DE ADHESIÓN POSTERIOR, SE DEBITARÁ MONTO PROPORCIONAL SEGÚN FECHA DE INSCRIPCIÓN.

Fecha

Firma

En cumplimiento de lo que se dispone en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (en adelante "LOPD"), ASOCIACIÓN COLEGIAL DE MEDICINA ESTÉTICA DE MADRID, informa que los datos de carácter personal que se incluyan en todos los formularios de esta asociación serán registrados en los ficheros automatizados cuyo titular y responsable es LA SECCION COLEGIAL DEL ILUSTRE COLEGIO DE MEDICOS DE MADRID. El depositante podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos y condiciones previstos en la LOPD dirigiéndose a la dirección del Titular del fichero: ASOCIACIÓN COLEGIAL DE MEDICINA ESTÉTICA DE MADRID. SECCIÓN COLEGIAL DEL ILUSTRE COLEGIO DE MÉDICOS DE MADRID, Calle Santa Isabel, Nº 51. 28012 Madrid. Correo electrónico: sociedades@icomem.es

De conformidad con lo que se prevé en el artículo 11 de la LOPD, rellenando los formularios de esta asociación colegial, el depositante da su consentimiento para que los datos facilitados puedan ser comunicados a ASOCIACIÓN COLEGIAL DE MEDICINA ESTÉTICA DE MADRID, con la finalidad de facilitarle información profesional u ofertas y servicios de cursos de formación.