

**CLUB CULTURAL Y GASTRONÓMICO HIPÓCRATES
DEL COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE VALENCIA**
Solicitud de alta

APELLIDOS Y NOMBRE: _____
Nº COL. _____
e.mail: _____
Telf.: _____
Domicilio _____, nº _____
Población: _____, **Código Postal:** _____
Fecha: _____

Esta solicitud deberá presentarse firmada en las oficinas del Colegio; podrá remitirse por fax al nº 96 334 87 02.

Podrán pertenecer al Club Gastronómico los colegiados/as y sus familiares directos que dispongan de la Tarjeta de Identidad de Familiar de Colegiado, que pueden solicitar en nuestras Oficinas.

Los datos que Ud. nos facilita se incorporarán a una base de datos, cuyo titular es el Colegio Oficial de Médicos de Valencia y podrán ser utilizados para el desarrollo de las actividades propias del Club Gastronómico. En nuestra sede colegial (Avda. de la Plata, nº 20, de Valencia) Ud. podrá modificar y/o cancelar estos datos, bien personalmente, bien mediante escrito dirigido al mismo, lo que se le comunica de conformidad con lo que establece la Ley Orgánica de Protección de Datos.

(Firma)