

SOLICITUD DE BAJA

CLUB DEPORTIVO "GALENO" COLEGIO DE MÉDICOS VALENCIA

		Núm. Socio.....:		
Apellidos y Nombre				
Domicilio				
Población (Provincia)			Cód. Postal	
Teléfono fijo / Móvil				
Email				
DNI / F. Nacimiento				

CON ESTE IMPRESO FIRMADO SE EFECTÚA LA BAJA
DEL CLUB DEPORTIVO GALENO.

MOTIVO (OPCIONAL):

Valencia, a ____ de _____ de 200

Esta solicitud deberá presentarse debidamente cumplimentada y firmada en las oficinas del Colegio. Podrán pertenecer al Club Deportivo "GALENO" los colegiados/as y sus familiares directos. En caso de inscripción de un familiar, la solicitud deberá ser autorizada por el colegiado/a con su firma al pie.

Los datos que Ud. nos facilita se incorporarán a una base de datos, cuyo titular es el Colegio de Médicos de Valencia y podrán ser utilizados para el desarrollo de las actividades propias del Club Deportivo "GALENO". En nuestra sede colegial (Avd. de la Plata núm. 20 - 46013 VALENCIA) Ud. podrá modificar y/o cancelar estos datos, bien personalmente, bien mediante escrito dirigido al mismo adjuntando fotocopia del DNI, lo que se le comunica de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica de Protección de Datos.

(firma del solicitante)	(firma del colegiado)