

SOLICITUD DE ALTA

CLUB MÉDICO ARTES ESCÉNICAS

Una foto
tamaño
carnet

| | | | |
|-----------------------|--|------------------|--|
| COLEGIADO Nº | | Núm. Socio.....: | |
| Apellidos y Nombre | | | |
| Domicilio | | | |
| Población (Provincia) | | Cód. Postal | |
| Teléfono fijo / Móvil | | | |
| Email | | | |
| DNI / F. Nacimiento | | | |

| | | | |
|------------------------------|---------|------------------|--|
| NO COLEGIADO | | Núm. Socio.....: | |
| Apellidos y Nombre | | | |
| Domicilio | | | |
| Población (Provincia) | | Cód. Postal | |
| Teléfono fijo / Móvil | | | |
| Email | | | |
| DNI / F. Nacimiento | | | |
| Estoy vinculado al Dr./Dra.: | | | |
| Colg. Nº: | Nombre: | | |
| Vínculo que me une: | | | |

Se informa que la recepción de la información del CMAE, será remitida casi siempre por e-mail.

Valencia, a ____ de _____ de 20__

Esta solicitud deberá presentarse debidamente cumplimentada y firmada en las oficinas del Colegio, Departamento de Secretaría, o a través del correo comv@comv.es. Podrán pertenecer al Club Médico de Artes Escénicas del COMV (CMAE), 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 Médico de Artes Escénicas del COMV. En nuestra sede colegial (Avd. de la Plata núm. 34 - 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) |
| | |