



Secretaría General:

C/. Arcipreste de Hita, 14, 1.º Dcha. 28015 Madrid
Tels. 91 544 58 79 – 91 544 80 35 • Fax: 91 544 18 47
e-mail: avpm@oftalmo.com

Formulario para Residentes

....., de de 20.....

Muy Sres. míos:

A continuación les comunico mis datos personales con el fin de pertenecer como **socio residente** a la **Sociedad Española de Glaucoma**. Adjunto mi Certificado Acreditativo de Residente.

Apellidos:
Nombre:
Domicilio:
C.P.: Localidad: Provincia:
Teléfono: Fax: E-mail:

Año licenciatura: Año especialidad:
Número de colegiado:
Centro de trabajo:
Dirección:
Población: C.P.: Provincia:

Doy autorización a cargar la cuota anual en mi cuenta corriente una vez finalizada mi residencia, a excepción que informe a la Secretaría General de la SEG, por escrito, de lo contrario.

Datos bancarios (imprescindible):

Entidad	Oficina	DC	N.º de cuenta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Presentado por:

- 1.º
- 2.º



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GLAUCOMA

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable: Sociedad Española de Glaucoma; **Finalidad:** Atender su solicitud y enviarle comunicaciones comerciales; **Legitimación:** Ejecución de un contrato, consentimiento del interesado; **Destinatarios:** No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal; **Derechos:** Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, indicados en la información adicional, que puede ejercer dirigiéndose a la dirección del responsable del tratamiento; **Procedencia:** El propio interesado.



Yo _____

con DNI _____

he leído y acepto los términos de la Ley General de Protección de Datos.