

**SOLICITUD DE ALTA COMO SOCIO AGREGADO DE
LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA
PEDIÁTRICA.**



**Sociedad Española de
Cirugía Pediátrica**

Nombre:

Apellidos:

Número de colegiado:

Correo electrónico:

Dirección postal:

Teléfono de contacto:

Cta Cte para cobro de cuotas:

SOLICITO la aceptación como SOCIO AGREGADO de la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA.

Con mi solicitud, acepto los Estatutos que rigen dicha Sociedad, y manifiesto mi interés en los temas que se tratan en la misma, en calidad de:

Titulado sanitario con interés profesional o personal en los problemas médicoquirúrgicos de los pacientes pediátricos

Socio extranjero

Cirujano pediátrico con residencia y ejercicio fuera del territorio español

Otros motivos. Especificar:

Acepto el envío de correos electrónicos y de otras comunicaciones desde la SECP,

Soy conocedor de que mis datos se incorporarán a un fichero propiedad de la SECP y soy conocedor de los derechos que por la LOPD soy titular (acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante un email a info@secipe.org),

Deseo que mis datos personales (exclusivamente el nombre y apellidos y dirección email) estén accesibles al resto de socios en la zona reservada de socios.

(Adjuntar documentos con el aval firmado de dos socios numerarios).

Socio1:

Socio2: