



Nombre:
Apellidos:
DNI:
Email:
Dirección:
CP:
Localidad y Provincia:
Teléfono:

D. \_\_\_\_\_ con DNI: \_\_\_\_\_ en calidad de socio de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica, **autorizo** a que mis datos sean incorporados a un fichero de Titularidad Privada de dicha sociedad. En cualquier momento podré ejercer mi derecho de acceso, rectificación, cancelación u oposición de mis datos, tal y como marca la Ley contactando mediante email en [info@secipe.org](mailto:info@secipe.org) o carta certificada dirigida a Calle Villanueva 11. 28001 Madrid.

\_\_\_ Deseo que mis datos de contacto sean públicos para el acceso al resto de los socios, nombre y dirección electrónica. (si o no)

\_\_\_ Deseo recibir comunicaciones electrónicas, telefónicas o postales desde la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica, Fundación u otras sociedades médicas relacionadas.(si o no)

Firmado:

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

Enviar escaneado a [info@secipe.org](mailto:info@secipe.org) o por correo postal a: Javier Gómez Veiras, Sección de Cirugía Pediátrica. Hospital Xeral-Cíes. C/Pizarro 22. 36204. Vigo Pontevedra.