

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN A LA ASOCIACIÓN DE DOLENCIAS MÉDICAS TRAS LA INTERVENCIÓN DE AFINSA

NOMBRE Y APELLIDOS	
D.N.I.	
DOMICILIO	
LOCALIDAD	
TELÉFONO DE CONTACTO	
E-MAIL	

Solicito mi inscripción en la Asociación de Dolencias Médicas tras la Intervención de Afinsa, teniendo pleno conocimiento de sus objetivos, aceptando sus Estatutos y por tanto los derechos y deberes que en dicho documento quedan establecidos para los asociados.

En _____, a _____ de _____ de 2006

Firma del Asociado.

La ASOCIACIÓN DE DOLENCIAS MÉDICAS TRAS LA INTERVENCIÓN DE AFINSA, como responsable del fichero automatizado garantiza el pleno cumplimiento de la normativa de Protección de Datos de Carácter Personal, y así de acuerdo con la LO 15/1999 el titular queda informado y presta su consentimiento a la incorporación de sus datos al fichero automatizado existente en la Asociación, cuya finalidad será la gestión administrativa y/o la llevanza de expedientes. Asimismo acepta el tratamiento automatizado de dichos datos y la cesión/comunicación de los mismos a terceros (abogado, notario, procurador, juzgados, etc.) únicamente con la finalidad de que la Asociación pueda servir mejor a sus asociados. Usted puede ejercitar los derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición a la incorporación de sus datos a nuestro fichero, solicitándolo expresamente por escrito dirigido a esta Asociación en la dirección que públicamente consta como sede de la misma: C/ José Abascal, 31-5ªDcha. E-28003 Madrid