

AEPCIB

En cumplimiento del Reglamento (UE) 2016/679 relativo a la protección de datos de las personas físicas



Autorizo a la Asociación Española de Profesores de Cirugía Bucal a publicar los siguientes datos en su página web, en el apartado Directorio de Socios.

Fecha:

APELLIDOS:
NOMBRE :
DIRECCIÓN:
Código Postal:
POBLACIÓN:
PROVINCIA
TELÉFONO:
E-MAIL:
WEB:

Firma

Remitir formulario a:

Secretaría Técnica

AEPCIB

APELLIDOS:

NOMBRE:

DIRECCIÓN:

C.P.:

POBLACIÓN:

PROVINCIA:

E-MAIL:

TEL. MÓVIL:

TEL FIJO:

Solicita a la Asociación Española de Profesores de Cirugía Bucal ser admitido como:

Asociado

Fdo. _____ **Fecha** _____

La legislación sobre protección de datos personales (Reglamento (UE) 2016/679) establece una serie de obligaciones en el tratamiento de los datos de carácter personal. Obligándose a su cumplimiento y exonerando a la Asociación Española de Profesores de Cirugía Bucal de cualquier responsabilidad al respecto. Autorizo, por medio de la presente, la utilización de mis datos personales, facilitados en el marco de su relación con la misma, para su incorporación a sus ficheros de personal.

Remitir formulario a:

Secretaría Técnica