



SOLICITUD DE ADMISIÓN

DATOS PERSONALES

Nombre: Apellidos:
Natural de: Provincia de:
Nacido el día: / /, con DNI:, edad:
Domicilio: Población:
Código postal: Provincia: País:
Teléfono: Fax: e-mail:

SI NO Acepto que se me envíe información de los servicios del responsable del tratamiento por correo electrónico o cualquier otro medio electrónico alternativo, incluyendo los sistemas de mensajería instantánea.

DATOS PROFESIONALES

Cargo: Departamento:
Lugar de trabajo:
Domicilio: Población:
Código postal: Provincia: País:
Teléfono: Extensión: Fax: E-mail:

Desea ser admitido como miembro (marque la opción correspondiente)

A NUMERARIO B EN FORMACIÓN C CORRESPONSAL D CORRESPONSAL EN FORMACIÓN E ADHERIDO

de la Sociedad Española de Neurología

A / C Licenciado en la Facultad de
de la Universidad en el año
Título de Especialidad en Neurología en en el año

B Realizando el programa MIR de Neurología en
Fecha de inicio: / / Fecha prevista de finalización: / /

D Realizando la residencia de Neurología en
Fecha de inicio: / / Fecha prevista de finalización: / /

E Título de en el año
en

A / NUMERARIO: Neurólogos españoles o que residan en España y se encuentren en pleno ejercicio profesional de su actividad.

B / EN FORMACIÓN: Médicos que realizan su formación como neurólogos en España dentro del Programa Nacional de Formación de Especialidades.

C / CORRESPONSAL: Neurólogos extranjeros sin actividad profesional en España.

D / CORRESPONSAL EN FORMACIÓN: Médicos extranjeros que realizan su formación como neurólogos también en el extranjero.

E / ADHERIDO: Profesionales españoles no neurólogos involucrados en cualquiera de los aspectos asistenciales, administrativos, científicos o sociales relacionados con las enfermedades neurológicas.



DATOS BANCARIOS

Entidad: Sucursal nº

Domicilio bancario: Población:

Código postal: Provincia: País:

Nombre del titular:

Nº IBAN ES ____ / ____ ____ / ____ ____ / ____ ____ / ____ ____ / ____ ____

(Imprescindible indicar los 24 caracteres)

GRUPO/S DE LA SEN A LOS QUE DESEA PERTENECER

(opcional)

.....

.....

Firma de dos socios numerarios:

Firma del solicitante:

Nombre y apellidos:

Nombre y apellidos:

Admitido definitivamente en la Reunión de la Junta Directiva celebrada en fecha

Firma del presidente

PETICIÓN DE BAJA

Nº socio:

En a, de de 20

Deseo darme de baja por los motivos siguientes:

.....

.....

El Responsable del Tratamiento **SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGIA**, en cumplimiento del Reglamento General de Protección de Datos UE-2016/679, del Parlamento y Consejo de Europa, le informa que sus datos personales serán tratados para la gestión administrativa, contable y la prestación del servicio ofertado por **SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGIA**, no se cederán a terceros, salvo por obligación legal, o para el tratamiento contable y fiscal, mediante un contrato de Prestación de Servicios entre el Responsable del Tratamiento y el Encargado del Tratamiento, pudiendo ejercer sus derechos de; acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad y limitación en: **Vía Laietana, 23, Entlo A-D. 08003- Barcelona, socios@sen.org.es**

Delegado de Protección de Datos: dpd@grupoqualia.net