

SOLICITUD PARA CONVERTIRSE EN MIEMBRO TITULAR

DATOS DEL SOLICITANTE	
APELLIDOS Y NOMBRE	
NIF / PASAPORTE	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	
DIRECCIÓN PERSONAL: LOCALIDAD / Código Postal PROVINCIA TELÉFONO CORREO ELECTRÓNICO	
DIRECCIÓN DE CONSULTA *: LOCALIDAD / Código Postal PROVINCIA TELÉFONO CORREO ELECTRÓNICO	
Nº COLEGIADO / COLEGIO	
LICENCIATURA	<input type="checkbox"/> Odontología <input type="checkbox"/> Estomatología Año / Nombre del Centro:
OTRAS TITULACIONES	Título / Año / Nombre del Centro:
MÁSTER / POSGRADO	Título / Año / Nombre del Centro:
DEDICACIÓN A ENDODONCIA (%)	_____ Si es exclusiva (100%), ¿desde que año?:
INDIQUE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS A LAS QUE PERTENEZCA	

MIEMBROS TITULARES QUE LO APADRINAN

1.	Dr./Dra. - D. / Dña.	Firma:
2.	Dr./Dra. - D. / Dña.	Firma:

En _____, a _____ de _____ de 20_____.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 5 de la L.O. 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que sus datos personales van a ser incorporados a un fichero responsabilidad de la Asociación Española de Endodoncia (AEDE) para su inscripción como miembro. La cumplimentación del presente formulario implica la autorización a la Secretaría de AEDE para usar sus datos personales con la finalidad citada. Asimismo, le informamos de que AEDE podría utilizar sus datos profesionales (marcados con *) para su publicación en memorias y otros soportes así como el envío de comunicaciones relacionadas con sus actividades y las de sus patrocinadores. Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose al responsable del fichero, AEDE, domiciliado en la Calle Cochabamba, 24 Bajo B - 28016 (Madrid).

Fdo. el/la solicitante: