

**SOLICITUD DE ALTA COMO SOCIO NUMERARIO DE
LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA
PEDIÁTRICA.**



**Sociedad Española de
Cirugía Pediátrica**

Nombre:

Apellidos:

Número de colegiado:

Correo electrónico:

Dirección postal:

Teléfono de contacto:

Cta Cte para cobro de cuotas:

con dedicación exclusiva a la Cirugía pediátrica, en calidad de:

- Especialista en Cirugía pediátrica
 Cursando un programa oficial de formación en Cirugía pediátrica

**SOLICITO la aceptación como SOCIO NUMERARIO de la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA
PEDIÁTRICA.**

Con mi solicitud, acepto los Estatutos que rigen dicha Sociedad, y manifiesto mi interés en los temas que se tratan en la misma.

- Acepto el envío de correos electrónicos y de otras comunicaciones desde la SECP,
 Soy conocedor de que mis datos se incorporarán a un fichero propiedad de la SECP y soy conocedor de los derechos que por la LOPD soy titular (acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante un email a info@secipe.org),
 Deseo que mis datos personales (exclusivamente el nombre y apellidos y dirección email) estén accesibles al resto de socios en la zona reservada de socios.

(Adjuntar documentos con el aval firmado de dos socios numerarios).

Socio1:

Socio2: