

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA FORENSE (SEPAF)

DATOS PERSONALES Y PROFESIONALES

<i>Nombre</i>		<i>Apellidos</i>	
<i>Domicilio</i>			<i>Población</i>
<i>C.P.</i>	<i>Provincia</i>	<i>País</i>	
<i>D.N.I.</i>	<i>E-mail</i>		
<i>Teléfonos de contacto</i>			
<i>Licenciatura</i>	<i>Especialidad</i>	<i>Grado académico</i>	
<i>Áreas de interés especial en la Patología Forense</i>			
<i>Centro de trabajo</i>			
<i>Domicilio</i>			<i>Población</i>
<i>C.P.</i>	<i>Provincia</i>	<i>País</i>	
<i>E-mail centro de trabajo</i>			
<i>Teléfono centro de trabajo</i>		<i>Fax centro de trabajo</i>	
<p>Doy mi consentimiento para que mis datos personales se incorporen a ficheros automatizados encriptados, titularidad de la Sociedad Española de Patología Forense, y sean tratados por ésta con la finalidad de facilitar la prestación de los servicios solicitados, para la correcta identificación de los usuarios que solicitan servicios personalizados, para la gestión de tareas básicas de administración, así como para mantenerme informado, bien por correo electrónico bien por cualquier otro medio, de novedades y servicios relacionados con la Patología Forense o con terceras empresas colaboradoras; teniendo derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición a mis datos personales que consten en aquellos y pudiendo asimismo revocar mi consentimiento, por escrito, en cualquier momento. (Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal).</p> <p style="text-align: center;"><i>FIRMA</i></p>			

DOMICILIACIÓN BANCARIA

<i>Banco o Caja de Ahorros</i>			
<i>Domicilio</i>			<i>Población</i>
<i>C.P.</i>	<i>Provincia</i>		
<i>Titular de la cuenta</i>			
<i>BANCO</i>		<i>SUCURSAL</i>	
		<i>D.C.</i>	
		<i>Nº CUENTA</i>	
<i>IBAN</i>			
<p>Ruego que, con cargo a mi cuenta, atiendan los recibos presentados al cobro por la Sociedad Española de Patología Forense.</p> <p style="text-align: center;">En _____, de _____ de 20____</p> <p style="text-align: center;"><i>FIRMA</i></p>			

La hoja de inscripción, una vez cumplimentada, puede enviarse por correo postal o correo electrónico a:

Dr. Alberto Fernández Liste
 Instituto de Medicina Legal de Galicia (IMELGA)
 Capitán Juan Varela, s/n
 15007 La Coruña
 Tfno: +34 981 185 289
 E-mail: alberto.fernandez.liste@xunta.gal