



SOLICITUDE DE INGRESO NA AGAMFEC

DATOS PERSOAIS

NIF ou Pasaporte: * campo obrigatorio Data de nacemento:

Nome: * campo obrigatorio

Apelidos: * campo obrigatorio

Enderezo postal: * campo obrigatorio

Cidade: * campo obrigatorio

Código Postal: * campo obrigatorio Provincia: * campo obrigatorio

País:

Teléfono domicilio: Teléfono Móbil: Fax:

E-mail: * campo obrigatorio

DATOS PROFESIONAIS

Centro de traballo: * campo obrigatorio

Cargo: * campo obrigatorio

Teléfono Traballo: * campo obrigatorio

Poboación: * campo obrigatorio Provincia: * campo obrigatorio

Ano da Licenciatura: * campo obrigatorio

Médico residente: Si: Non:

Ano de Residencia: * campo obrigatorio

Titulación: * campo obrigatorio

Os datos recollidos, conforme ao previsto na Lei Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter persoal, no presente contrato serán incluídos nun ficheiro automatizado cuxo responsable é a AGAMFEC con CIF nº G15136245. A finalidade de esta recollida de datos é a xestión das actividades e tarefas de xestión propias da asociación. Así mesmo, o titular dos datos autoriza expresamente a ceder os seus datos identificativos a CYEX CONGRESOS, S.L., coa finalidade de xestionar o envío de información das súas actividades e a súa correcta asistencia aos eventos que sexan organizados pola AGAMFEC. En calquera caso, poderá exercer gratuitamente os dereitos de acceso, rectificación e cancelación dirixíndose a AGAMFEC, con enderezo na Rúa Ferrol 2, Edif. Cyex, Urb. La Barcia, CP 15897 de Santiago de Compostela, achegando fotocopia do DNI e indicando na comunicación "Acceso dereitos LOPD"; ou ben, e con carácter previo a tal actuación, solicitar cos mesmos sinais que lle sexan remitidos os impresos que o responsable do ficheiro dispón para tal efecto.

O importe da inscrición á AGAMFEC é de 35 € semestrais (30 € no caso de ser MIR de Familia e Comunitaria, sendo gratis para os MIR R1)

**Para iso necesitamos a túa autorización para a domiciliación do recibo.
Imprime o documento pdf e envía via fax ou correo o seguinte enderezo:**

AGAMFEC

ASOCIACIÓN GALEGA DE MEDICINA FAMILIAR E COMUNITARIA

**Rúa Ferrol 2, Edificio Cyex, Urb. La Barcia, CP 15897, Santiago de Compostela
T: 981 555 720 F: 981 555 723 secretaria@agamfec.com**



INSTRUCCIÓN PARA DOMICILIACIÓN DO RECIBO NO BANCO:

Pídlles que con cargo á miña conta/libreta con código IBAN: (24 díxitos)

Banco ou Caixa Sucursal

Poboación C.P. Provincia

atendan ata novo aviso os recibos que sexan presentados pola Asociación Galega de Medicina Familiar e Comunitaria.

O titular D/Dona.

En _____, a _____ de _____ do ano 20____.

Sinatura

AGAMFEC (ASOCIACIÓN GALEGA DE MEDICINA FAMILIAR E COMUNITARIA)

**Rúa Ferrol 2, Edificio Cyex, Urb. La Barcia, CP 15897, Santiago de Compostela
T: 981 555 720 F: 981 555 723 secretaria@agamfec.com**