



# 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. Pode dispoñer de unha Política de Protección de Datos actualizada visitando a web [www.agamfec.com/politica-de-privacidad](http://www.agamfec.com/politica-de-privacidad). Asimesmo, informámoslle que pode exercer os seus dereitos de Acceso, Rectificación, Cancelación e Oposición ou calquera outros legalmente establecidos Mediante comunicación electrónica a secretaria [@agamfec.com](mailto:@agamfec.com) achegando fotocopia do DNI ou con calquera outro medio de identificación válido

**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 Choupana nº 13 2ºA, CP 15706, Santiago de Compostela  
T: 634470960 secretaria@agamfec.com**



## INSTRUCCIÓN PARA DOMICILIACIÓN DO RECIBO NO BANCO:

Píddolles 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