



Solicitud de afiliación a la Asociación Gallega de Psiquiatría

Datos personales

Nombre..... Primer apellido.....
Segundo apellido..... NIF.....
Dirección personal.....
Código postal..... Localidad y provincia.....
Teléfono particular..... Teléfono trabajo.....
Teléfono consulta..... Teléfono móvil.....
Email.....

Datos laborales

Centro de actividad pública.....
Actividad privada.....
Profesión.....
Cargo.....
Universidad de licenciatura.....
Centro donde realizó/realiza la especialidad.....

Avaes

1ª persona que avala.....
2ª persona que avala.....
3ª persona que avala.....

Datos bancarios

Número de cuenta (20 dígitos)
Banco.....

Autorizo al cobro de los recibos correspondientes a las cuotas anuales de la Asociación Gallega de Psiquiatría.

Pertenencia colegiada SEP

Manifiesto mi aceptación a la pertenencia colegiada a la Sociedad Española de Psiquiatría como miembro de la Asociación Gallega de Psiquiatría

En cumplimiento de lo establecido en la L.O. 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos que nos facilite mediante el presente formulario pasarán a formar parte de un fichero propiedad de la Asociación Gallega de Psiquiatría y se utilizarán para la prestación, gestión y administración de los servicios contratados.

Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en psiquiatriagallega@orzancongres.com