



Formación

FORMULARIO INSCRIPCIÓN CURSO/TALLER

TALLER PRÁCTICO EN EL MANEJO DE OPIOIDES

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE CUENCA

Nombre y Apellidos: _____

DNI: _____ Número Colegiado: _____

Dirección: _____

Localidad: _____

Provincia: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Centro de Trabajo: _____

Domicilio profesional: _____

Teléfono: _____

Fecha:

Firma:

En cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Protección de Datos de Carácter Personal (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 (en adelante, RGPD), le informamos que sus datos proceden del Registro de actividad del tratamiento responsabilidad de COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE CUENCA, con la finalidad del mantenimiento y cumplimiento de la relación entidad-cliente y prestación de servicios derivada de la misma, incluyendo el envío de comunicaciones informativas, comerciales y de cortesía en el marco de la citada relación.

Así mismo, sus datos serán cedidos en todos aquellos casos en que sea necesario para el desarrollo, cumplimiento y control de la relación entidad-cliente y prestación de servicios derivada de la misma o en los supuestos en que lo autorice una norma con rango de ley. En cumplimiento del RGPD, puede ejercitar sus derechos ante COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE CUENCA, con dirección en PLAZA DE LOS MÉDICOS S/N 16004, CUENCA, adjuntando fotocopia de su DNI.