



Formación

FORMULARIO INSCRIPCIÓN CURSOS

II CURSO CASOS CLÍNICOS EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Nombre y Apellidos: _____

DNI: _____

Número Colegiado: _____

Dirección: _____

Localidad: _____

Provincia: _____

Código postal: _____

Teléfono: _____

E-mail: _____

Centro de Trabajo: _____

Domicilio profesional: _____

Teléfono: _____

Fecha:

Firma:

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE CUENCA

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.