



Formación

FORMULARIO INSCRIPCIÓN CURSOS

ACTUALIZACIONES EN ALERGIA

Nombre y Apellidos: _____

DNI: _____ Número Colegiado: _____

Dirección: _____

Localidad: _____ Provincia _____

Código postal: _____ Telf: _____ Mail _____

Centro de Trabajo: _____

Importe de la cuota de inscripción:

Para Colegiados COMCUENCA 10,00 €
Otros Colegios: 25,00 € (Plazas limitadas)

- Concepto: **“Cuota Jornada 7 noviembre” + < nombre y apellidos >**

- Enviar JUSTIFICANTE del pago: secretaria@comcuenca.org

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.