

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos

DNI Domicilio

Localidad..... Provincia C.P.

Teléfono Fax E-mail

Actividad profesional

Avalado por estos dos miembros numerarios de la SEEC:

D./Dña. DNI

D./Dña. DNI

¿Desea estar incluido en el directorio electrónico de la SEEC?: Sí No

Tipo de socio: Numerario 60 € En formación* 30 € Colaborador 1.000 €

¿Desea unirse al Grupo joven (menores de 40 años)?: Sí No

* Los socios en formación deben adjuntar a esta solicitud la prueba documental correspondiente o certificado acreditativo firmado por su Director o Tutor.

Fecha, lugar y firma del solicitante:

DATOS BANCARIOS:

Entidad..... Dirección

Localidad..... Provincia

Titular de la cuenta DNI/NIF

Nº cuenta corriente (20 dígitos): _____ - _____ - _____ - _____

Autorizo a la Sociedad Española de Enfermedad Celíaca para el cobro de mi cuota anual de _____ € como miembro de la citada Sociedad

Fecha:

Firma:

Devolver este boletín cumplimentado a: Dr. David Bernardo.Sociedad Española de Enfermedad Celíaca, Facultad de Medicina, Dpto. de Pediatría e Inmunología, Avda. Ramón y Cajal, 7; 47005 Valladolid

Los datos de carácter personal que nos ha proporcionado serán tratados e incorporados a un fichero responsabilidad de la **SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMEDAD CELÍACA** conforme a lo dispuesto en los artículos 15 y 16 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que puede ejecutar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición contactando directamente con la Sociedad.