



**SOCIEDAD CASTELLANO-LEONESA-
CÁNTABRO-RIOJANA DE TRAUMATOLOGÍA Y
ORTOPEDIA**

**SOLICITUD DE PASE A MIEMBRO
(Anexo II)**

Sr. Presidente de la Sociedad:

Considerando que reúno los requisitos que se estipulan en el artículo 7 y aceptando los Estatutos y Reglamento de SCLE CARTO (ver www.sclecarto.org), solicito pasar a miembro..... para lo que adjunto los siguientes datos:

(Numerario, Numerario Extranjero o Correspondiente)

DATOS PERSONALES:

Apellidos y Nombre:

Varón / F émina

D.N.I. / N.I.F. / Pasaporte

Fecha nacimiento

Nº de Colegiado:

Dirección (calle / plaza):

Población:

CP

Provincia:

Teléfono / s:

E-mail:

DATOS PROFESIONALES:

Centro de formación en la Especialidad:

Fecha expedición /solicitud del título de especialista (según proceda):

Centro de trabajo:

Dirección (calle / plaza y nº):

Código postal:

Población y Provincia:

Tf del Centro:

Área / s de interés en la especialidad:

DATOS BANCARIOS :

Banco o Caja:

I B A N Código cuenta cliente: (Rellenar los 4 dígitos de IBAN + los 20 del CCC)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha y firma del solicitante:

El titular de los datos personales facilitados en el presente formulario presta su consentimiento para que los mismos, incluso los relativos al teléfono móvil y correo electrónico, sean incluidos en un fichero automatizado, titularidad de la Sociedad Castellano Leonesa Cántabro Riojana de Traumatología y Ortopedia (SCLE CARTO), destinado a recibir información, comunicar y gestionar cuotas de los socios. Asimismo consiente que se faciliten los datos necesarios a las entidades bancarias, a los organizadores de los eventos delegados o avalados por la Sociedad y a la SECOT, para los mismos fines. Podrá ejercer los derechos de acceso, oposición, cancelación y modificación mediante comunicación por escrito a: Sociedad Castellano Leonesa Cántabro Riojana de Traumatología y Ortopedia (SCLE CARTO), en la dirección que figura en el encabezamiento.

DOMICILIACIÓN BANCARIA:

D. (Apellidos y Nombre del Socio):

N.I.F.:

Banco o Caja:

Dirección de la oficina:

Población y provincia:

IBAN + Código cuenta cliente (24 dígitos) :

Autorizo a Uds para que a partir de la fecha de la presente, abonen los recibos que con cargo a mi cuenta sean presentados por la Sociedad Castellano-Leonesa-Cántabro-Riojana de Traumatología y Ortopedia.

Fecha:....., ade.....de.....

Firma: