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

SOLICITUD DE INGRESO (Anexo I)

Sr. Presidente de la Sociedad:

Considerando que reúno los requisitos que se estipulan en el artículo 7 y aceptando los Estatutos y Reglamento de SCLECARTO (*ver www.sclecarto.org*), solicito ingresar como **Miembro Asociado**, para lo que adjunto los siguientes datos:

DATOS PERSONALES:
Apellidos y Nombre: ..... **V**arón **/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 o inicio de la Residencia (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: .....

Avalado por (nombre de dos Miembros Numerarios de la Sociedad) **: Nº 1** .....
Nº 2 .....

DATOS BANCARIOS (excepto para Residentes, Eméritos, Miembros de Honor y Colaboradores)**:**
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: **Firma de los socios que avalan:**

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 (SCLECARTO), 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 (SCLECARTO), en la dirección de la Secretaría Técnica: BSJ.plus, C/ Espiritu Santo, 7, 47006 VALLADOLID.

DOMICILIACIÓN BANCARIA (excepto para Residentes, Eméritos, Miembros de Honor y Colaboradores)**:**

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: ....., a .....de.....de..... Firma: