SOLICITUD DE ALTA SECCIÓN COLEGIAL

A la Junta de Gobierno del Colegio de Médicos de Barcelona (CoMB):

El/la abajo firmante/a manifiesta que desea darse de alta de la a....., y a tal efecto facilita los siguientes datos personales, obligándose a pagar la cuota mensual que esté fijada por la sección, que le será cargada dentro del recibo colegial trimestral:

Nombre:

Apellidos:

Número de colegiado:

e-mail:

Teléfono:

Fecha y firma:

Sus datos personales son tratados por la Sección del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona a la que está adscrito voluntariamente y son tratados con la finalidad, entre otros, de informarle por medios electrónicos u otros, sobre asuntos del su interés profesional. Sus datos personales se conservarán hasta la fecha de la baja como miembro de la sección colegial. Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación y oposición al tratamiento de los datos ante el Responsable del tratamiento: Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, CIF Q 0866001A, Paseo Bonanova 47, 08017 Barcelona, por correo postal, email datospersonales@comb.cat o a través de la App MetgesBarcelona. El Colegio dispone de Delegado en protección de datos accesible en dpo@comb.cat . Puede también presentar reclamación ante la Autoridad Catalana de Protección de Datos.