



## FORMULARIO INSCRIPCIÓN O RENOVACIÓN PARA SOCIOS ACGH

### DATOS PERSONALES

NOMBRE: \_\_\_\_\_ APELLIDOS: \_\_\_\_\_

DI: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

### DATOS DE CONTACTO

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO FIJO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO MÓVIL: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

### TIPO DE ASOCIADO

ESTUDIANTE DE PREGRADO

ESTUDIANTE POSTGRADO

PROFESIONAL

UNIVERSIDAD: \_\_\_\_\_

TÍTULO: \_\_\_\_\_

FECHA GRADUACION \_\_\_\_\_

UNIVERSIDAD: \_\_\_\_\_

TÍTULO: \_\_\_\_\_

FECHA GRADUACION \_\_\_\_\_

UNIVERSIDAD: \_\_\_\_\_

TÍTULO: \_\_\_\_\_

FECHA GRADUACION \_\_\_\_\_

## LUGAR DE TRABAJO

NOMBRE \_\_\_\_\_ DIRECCION \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

## CAMPO EN EL QUE SE DESEMPEÑA

UNIVERSIDAD  LABORATORIO  CLÍNICA U HOSPITAL  INVESTIGACIÓN  DOCENCIA   
INDUSTRIA  OTRO  \_\_\_\_\_

## ASOCIADO QUE LO REFERENCIA

NOMBRE \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

### **NOTA: FAVOR ANEXAR DOCUMENTOS QUE CERTIFIQUEN INFORMACIÓN**

Acepto política de privacidad: *Los datos personales que nos facilites serán incorporados a un fichero de datos de la ACGH. La finalidad de dicho fichero es la de gestionar de manera adecuada a los socios, las aportaciones y donaciones, las campañas, y otras acciones, así como mantenerte informado/a de nuestras actividades, a través de cualquier medio de comunicación, incluyendo la vía electrónica. Puedes ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndote a Asociación Parkinson*

Firma: \_\_\_\_\_