



Sociedad Española de Epilepsia  
C/ Menéndez Pelayo, 6 Entlo. A. 39006 - Santander -España

## BOLETIN DE INSCRIPCIÓN SOCIOS

Dr. D. /Dra. ....  
nacido el día ..... de..... de 1.9....., mayor de edad, con NIF .....

### SOLICITA

Su ingreso en la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPILEPSIA, mediante la presentación de esta solicitud, avalada y firmada por dos socios numerarios, y adjuntar escaneado fotocopia del título que posee en la actualidad así como curriculum vitae.

Firma Socio Numerario  
Dr. /Dra.

Firma Socio Numerario  
Dr. /Dra.

### DECLARA

1. Que comparte los fines de la Asociación y que colaborará en la consecución de los mismos.
2. Que acatará y cumplirá los Estatutos de la Sociedad y los acuerdos válidamente adoptados por los órganos de gobierno y representación de ésta.
3. Que cuenta con título de licenciado o superior en un área de conocimiento relacionado con la epilepsia.
4. Que demuestra una amplia trayectoria profesional relacionada con la asistencia o investigación en epilepsia.
5. Que pagará la cuota anual aprobada por la Asamblea General.
6. Que comunicará, por escrito, a la Secretaría de la Sociedad cualquier cambio que se produzca en sus datos.

### DATOS PERSONALES

Dirección Particular:.....  
Población:..... C.P:..... Provincia:.....  
E-mail:..... Teléfono-Móvil:.....

### DATOS PROFESIONALES

Centro de trabajo: ..... Licenciado en : .....  
Cargo actual: .....  
Dirección Profesional:..... Especialidad : .....  
Población: ..... C.P:.....  
Provincia : ..... Tfno:.....  
E-mail :..... Fax:.....

#### Tipología de socio:

- Socio Numerario: Contar con título de licenciado o superior (equivalente) en un área de conocimiento relacionado con la epilepsia y demostrar una amplia trayectoria profesional relacionada con la asistencia o investigación en epilepsia.
- Socio No Numerario: Realizar una actividad profesional relacionada con la epilepsia.

### DATOS BANCARIOS

Importe: 30€/anual

Banco/Caja: .....													
Ciudad: .....							Provincia: .....						
IBAN	Entidad			Oficina			D. C.	Número de Cuenta					

De conformidad con lo establecido por la LO 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa de que los datos personales que suministre, se incorporarán a una base de datos informática, titularidad de LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPILEPSIA, con CIF nº G 85528685, incluida en el Registro Nacional de Asociaciones, Grupo 1, Sección 1, Número Nacional 591161 y domicilio en c / Cabo Ortegal 30.bajo, Las Rozas de Madrid, con la finalidad de gestionar el funcionamiento de la Sociedad y prestarle los servicios y beneficios que obtienen los socios y que puede consultar en nuestra web, incluyendo el envío, por medios tradicionales y electrónicos, de boletines, revistas, publicaciones e informaciones de interés para los socios. Usted otorga su consentimiento para el tratamiento confidencial de los citados datos, con estas finalidades. Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiéndose por escrito, con la ref. "datos personales", a la Secretaria de la Asociación, en la dirección arriba indicada.

**MARQUE UNA OPCION: Este cuestionario no será válido si no viene señalada una única respuesta**

No  Sí autorizo a la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPILEPSIA, con CIF G-85528685, a ceder los datos recogidos en este formulario a EXCEPCIÓN DE LOS DATOS BANCARIOS a:

- Otras sociedades de epilepsia, autonómicas o extranjeras, con el objeto de que me envíen información sobre congresos, simposios, reuniones, cursos y cualquier otra actividad o publicación de interés para los socios.
- Otras sociedades, fundaciones o entidades de carácter científico, relacionadas con la especialidad de Epilepsia, con el objeto de que me envíen información sobre cualquier actividad o publicación de interés para los socios.
- A los socios de la Sociedad Española de Epilepsia, con el objeto de que me envíen información sobre simposios, reuniones, cursos y otras actividades o publicaciones de interés para los asociados.

**Firma del Solicitante**