



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

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN SOCIOS

Dr. D. /Dra. _____ nacido el día _____ de _____
de _____, mayor de edad, con DNI/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 escaneada 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 PROFESIONALES

Centro de trabajo:

Licenciado en:

Cargo actual:

Especialidad:

Dirección Profesional:

Población:

C.P:

Provincia:

Móvil:

E-mail:

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 G85528685, incluida en el Registro Nacional de Asociaciones, Grupo 1, Sección 1, Número Nacional 591161 y domicilio en C/ Cabo Ortegá 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 Secretaría 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