

Directorio Médico Medicina Ejercicio Privado

Formulario de solicitud

Nº de Colegiado _____

Nombre _____

Apellidos _____

Especialidad _____

Actividad Asistencial _____

Dirección completa de la consulta _____

Teléfono de la consulta _____

Enlace página web propia _____

De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica nº 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que los datos de carácter personal que usted nos proporciona con ocasión de la presente solicitud, serán incorporados a los ficheros del Colegio Médico de Pontevedra (COLMED) para que este pueda efectuar el tratamiento, automatizado o no, de tales datos a los fines de la gestión de dicha solicitud. Mediante la presente solicitud usted presta su inequívoco y expreso consentimiento al régimen aquí descrito relativo al tratamiento de los datos de carácter personal con el fin de su publicación en nuestra página web. En cualquier momento podrá solicitar la rectificación de los datos incorporados o interesar su exclusión de la página web.

Firma