

Por favor, completar con letras mayúsculas

Nombre	Apellido1	Apellido 2

Profesión	Especialidad

Centro de Trabajo	Departamento	Cargo

Tipo de Actividad (marcar con una X las que corresponda):

Clinica	Docente	Investigación	Administración	Pacientes / Familiares

Información de contacto:

E-Mail	Teléfono	Móvil

Firma

--

AVISO

La Fundación Alicia Koplowitz con CIF-G83837286 y domicilio social en el Paseo de la Castellana Nº 28, 28046-Madrid, informa que los datos personales que facilitan libre y voluntariamente a la Fundación mediante la cumplimentación del presente formulario serán utilizados exclusivamente para la comunicación de las actividades que esta Fundación realiza y que pudieran ser de su interés. Asimismo, estos datos serán tratados de forma confidencial, evitándose el acceso y/o uso por terceras partes. En cualquier caso, el usuario podrá ejercer el derecho de acceso, rectificación cancelación de sus datos personales u oponerse al tratamiento de los mismos mediante el envío de una comunicación al domicilio social de la Fundación o a través del correo electrónico a mgarcia@fundacionaliciakoplowitz.org.

[] Acepto recibir información sobre las actividades, noticias y eventos organizados por la Fundación que pudieran ser de su interés por medio de e-mail o medios electrónicos equivalentes.