



SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE ESTRABOLOGÍA Y
OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA

SECRETARÍA GENERAL
C/. Arcipreste de Hita, 14, 1.^o Dcha.
28015 MADRID
Tels. 91 544 58 79 - 91 544 80 35
estrabologia@oftalmo.com

_____ , _____ de _____ de _____

Muy Sres. míos:

A continuación les comunico mis datos personales así como la cuenta bancaria para el cobro de las cuotas de la Sociedad:

Nombre Apellidos

Dirección

Ciudad C. P. Provincia

Teléfono Móvil

DNI E-mail:

Centro de trabajo

Caja/Banco

Dirección Localidad

Código Cuenta Cliente				
IBAN	Entidad	Oficina	D.C.	Número de Cuenta
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
Imprescindible llenar todos los dígitos				

Atentamente,

Fdo.

Cuota anual de socio	80 €
Cuota anual de socio residente (con certificado acreditativo)	0 €

Remitir este Boletín debidamente cumplimentado a:

C/. Arcipreste de Hita 14, 1.^o Dcha.
28015 Madrid
España
rita@oftalmo.com



INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable: Sociedad Española de Estrabología y Oftalmología Pediátrica; **Finalidad:** Atender su solicitud y enviarle comunicaciones comerciales; **Legitimación:** Ejecución de un contrato, consentimiento del interesado; **Destinatarios:** No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal; **Derechos:** Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, indicados en la información adicional, que puede ejercer dirigiéndose a la dirección del responsable del tratamiento; **Procedencia:** El propio interesado.

Yo _____

con DNI _____

he leído y acepto los términos de la Ley General de Protección de Datos.