



ASOCIACIÓN  
DE ENFERMERÍA  
OFTALMOLÓGICA  
CANARIA

....., ..... de ..... de 20....

Comunico mis datos personales con el fin de pertenecer como socio a la Asociación de Enfermería Oftalmológica Canaria, aportando una cuota anual de 20€, siendo válida para los periodos comprendidos entre julio del año en curso y junio del siguiente año.

Apellidos:.....

Nombre:.....

Fecha nacimiento:.....

DNI (Incluida letra):.....

Domicilio:.....

CP:.....

Localidad:.....

Provincia:.....

Teléfono:.....

Fax:.....

E-mail:.....

Centro de Trabajo:.....

La entrega de esta ficha supone el consentimiento para que la Secretaría Técnica la AEOC (Asociación de Enfermería Oftalmológica Canaria) trate los datos contenido en ella incorporándolos a sus ficheros automatizados, de los cuales la Secretaria se hace responsable en los términos exigidos por la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre).

Tiene derecho a acceder a la información que sobre Vd. contengan esos ficheros, así como corregir, cancelar u oponerse a dichos datos.

Firma (Imprescindible):

(ENVIAR A [secretaria@aeoc.org](mailto:secretaria@aeoc.org))