Nº Colegiado: _____

Apellidos: _____

Nombre: _____

Autorizo al Excmo. Colegio Oficial de Médicos de Cádiz a modificar los datos que a continuación facilito:

Domicilio: _____

_____

Localidad _____ Código Postal _____

Provincia: _____ e-mail: _____

Teléfono móvil: _____ Teléfono fijo: _____/_____

IBAN | E | S | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

_____ a, ____ de _____ de _____

FIRMA:

En cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y Reglamento (UE) 2016/679 le informamos que sus datos pasarán a formar parte la bbdd titularidad del Excelentísimo Colegio Oficial de Médicos de Cádiz, cuya finalidad es la gestión de facturación, cobros, impagos y similares, necesarias para y/o derivada de la prestación de servicios de la actividad colegial.
El interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, portabilidad y limitación de uso, expresamente reconocidos en el citado Reglamento, mediante escrito, acompañado de fotocopia de DNI, dirigido al Excelentísimo Colegio Oficial de Médicos de Cádiz, con domicilio profesional en la Calle Cervantes 12, de Cádiz (11.003).