



## BOLETÍN DE AFILIACIÓN

La cuota de afiliación es de 20€ /año y ello da derecho a:

- Elegir o ser elegido para los Organismos de Dirección de la Sociedad.
- Participar en los Congresos y Reuniones patrocinados por la SOGARMEF con importantes reducciones en los precios de inscripción.
- Participar en los estudios de investigación avalados por la SOGARMEF.

### DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Población \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

NIF/DNI/Pasaporte \_\_\_\_\_ Tel.móvil \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Centro de trabajo \_\_\_\_\_

Miembros avalistas:

1) Nombre \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

2) Nombre \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_



## SOCIEDAD GALLEGA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Mediante la marcación de la presente casilla, **NO CONSIENTO** el tratamiento de mis datos para el envío de información los eventos organizados por la Sociedad Gallega de Medicina Física y Rehabilitación (SOGARMEF), de acuerdo con lo descrito en el presente documento.

Mediante la firma del presente documento declaro haber sido informado en relación con el tratamiento de mis datos.

De acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento Europeo de Protección de Datos 2016/679, le informamos que los datos y la información que nos facilita a través de este medio será tratada por SOGARMEF con CIF. G15121239 y dirección en San Pedro de Mezonzo, 41, 15701 Santiago de Compostela, A Coruña para la finalidad de ser registrado como socio de la SOGARMEF y poder recibir información de diversa índole en la dirección que nos ha facilitado relacionada con los actos a realizar de la sociedad. Los datos proporcionados se conservarán mientras no solicite su cese y únicamente serán cedidos a entidades colaboradoras cuando sea estrictamente necesario para una adecuada gestión del servicio, o en los casos en que exista una obligación legal. Usted tiene el derecho a acceder a sus datos personales, rectificar los datos inexactos o solicitar su supresión cuando los datos ya no sean necesarios para los fines que fueron recogidos, así como cualquier derecho reconocido en el RGPD 2016/679, pudiendo dirigirse a la dirección postal señalada y al correo electrónico: [secretaria@sogarmef.org](mailto:secretaria@sogarmef.org).

Sus datos podrán ser cedidos a bancos y cajas de ahorro, para el cobro de nuestros servicios, si ese fuera el medio de pago solicitado por usted.

Así mismo, sus datos podrán ser tratados por SOGARMEF para remitirle información sobre los cursos ofrecidos por asociaciones vinculadas a la misma actividad o laboratorios dedicados al mismo sector de actividad que SOGARMEF para remitirle información, incluso por medios electrónicos, de los cursos de rehabilitación que organicen. Del mismo modo, sus datos personales podrán ser cedidos a estos terceros con la única finalidad de que le informen directamente sobre los cursos correspondientes, incluso a través de medios electrónicos. Si usted desea que sus datos sean tratados con la finalidad descrita en este párrafo, por favor, marque la siguiente casilla


Por otra parte, durante los Congresos y Asambleas se realizan fotografías, por ello queremos solicitar su autorización para tratar su imagen y publicarla en nuestra página Web con el fin de promocionar dichos eventos. Le solicitamos que marque la siguiente casilla en caso de que **NO ACEPTA LA CESIÓN DE SU IMAGEN** .

En el caso de que nos proporcione datos de terceras personas, es su responsabilidad haber obtenido previamente su consentimiento para ello e informarles de todo lo establecido en esta cláusula.

Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación dirigiéndose a la dirección: [secretaria@sogarmef.org](mailto:secretaria@sogarmef.org).

Fecha y firma:

Orden de Domiciliación Adeudo Directo SEPA CORE

Emisor: <b>Sociedad Gallega de Rehabilitación y Medicina Física</b> Identificación: <b>G15121239</b>		
Dirección Emisor: San Pedro de Mezonzo, 41		
Código Postal: 15701	Localidad: Santiago de Compostela	
Referencia: <b>CUOTA ANUAL SOCIO</b>		

**Deudor**

Mediante la firma de este formulario de Orden de Domiciliación, usted autoriza al emisor o acreedor identificado en el mismo a enviar órdenes a su entidad financiera para adeudar en su cuenta y a su entidad financiera para adeudar los importes correspondientes en su cuenta de acuerdo con las órdenes del acreedor indicado.

Como parte de sus derechos, tiene derecho a ser reembolsado por su entidad financiera de acuerdo con los términos y condiciones del contrato suscrito con su entidad financiera. Dicho reembolso deberá reclamarse en un plazo de 8 semanas a partir de la fecha en que se realizó el adeudo en su cuenta.

*(Los campos marcados \* son obligatorios)*

Nombre del deudor(Persona/Empresa)*:	
Dirección (Nombre de la calle y número)*:	
Código Postal/Localidad*:	Pais*:
Número de cuenta adeudo: IBAN *	BIC entidad deudora *:
Tipo de pago * :	<input type="checkbox"/> Recurrente <input type="checkbox"/> Unico
Fecha/Lugar de firma *:	
Firma(s) * Firma de personas autorizadas en la cuenta, en caso de poderes mancomunados, las firmas necesarias	
NIF/Nombre:	NIF/Nombre:
Observaciones: Indique número de contrato, descripción del contrato, si hace el pago en nombre de otra persona o entidad, propósito del adeudo....	

*Por favor, devolver este original firmado al acreedor a la dirección postal indicada en el encabezado de la carta, y una copia de este documento por email a: [secretaría@sogarmef.org](mailto:secretaría@sogarmef.org), haga llegar otra a su entidad financiera la información, donde domicilia y autoriza los pagos.*