

**SINDICATO DE MÉDICOS DE CASTILLA LA MANCHA**

**HOJA DE INSCRIPCION GRATUITA M.I.R.**

Apellidos y nombre

--

Fecha de nacimiento

DNI

Email

--	--	--

Domicilio

Población / CP

--	--

GAI

Centro de trabajo

Especialidad de Residencia

--	--	--

Año de Residencia:

(Marcar una X donde corresponda)

R1  R2  R3  R4  R5

Teléfono Móvil

--

¿Desea recibir información individual a través de Whatsapp? Si  No

Inscripción **GRATUITA** durante todo el período de Residencia incluyendo el primer año post - residencia

**Fecha y firma**

**Responsable del Tratamiento:** SINDICATO MEDICO DE CASTILLA-LA MANCHA

**Fin del tratamiento:**

a) Gestión de afiliados para su defensa social jurídica y profesional, el cobro de cuotas y la comunicación con los mismos.

b) Envío de información, publicidad y comunicaciones comerciales;  Consiento

No consiento

**Legitimación del tratamiento:** consentimiento del interesado. **Comunicación de los datos:** A los bancos y cajas de ahorro para el abono de las cuotas y a la administración tributaria. **Conservación de los datos:** los datos de la hoja de afiliación serán conservados hasta que el interesado solicite la baja y los datos de contables/fiscales durante el plazo legalmente establecido. **Derechos que asisten al interesado:** - Derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento.- Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y a la limitación u oposición a su tratamiento. - Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (agpd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

**Datos de contacto para ejercer sus derechos:** SINDICATO MÉDICO DE CASTILLA LA MANCHA, calle Calatrava 2-1ºB, 13001 Ciudad Real o a través de correo electrónico a simed@manchanet.es, junto con prueba válida en derecho, como fotocopia del D.N.I. e indicando en el asunto "PROTECCIÓN DE DATOS".