

|                     |   |
|---------------------|---|
| DATOS<br>PERSONALES | NOMBRE: .....                                 |
|                     | APELLIDOS: .....                              |
|                     | NIF: ..... FECHA NACIMIENTO: .....            |
|                     | TITULACIÓN ACADÉMICA: .....                   |
|                     | ESPECIALIDAD: .....                           |
|                     | AÑO INICIO / FIN DE RESIDENCIA: ..... / ..... |

|             |             |  |
|-------------|-------------|--|
| DIRECCIONES | PARTICULAR  | CALLE, Nº: .....   |
|             | PROFESIONAL | HOSPITAL: .....  |
|             | PARTICULAR  | LOCALIDAD: .....   |
|             | PROFESIONAL | SERVICIO: .....  |
|             | PARTICULAR  | PROVINCIA: .....   |
|             | PROFESIONAL | CARGO: .....   |
|             | PARTICULAR  | PAÍS: .....  |
|             | PROFESIONAL | CALLE, Nº: .....   |
|             | PARTICULAR  | C.P.: .....  |
|             | PROFESIONAL | LOCALIDAD: .....   |
|             | PARTICULAR  | TELF.: ..... MÓVIL: ..... FAX: .....                           |
|             | PROFESIONAL | PROVINCIA: .....   |
|             | PARTICULAR  | PAÍS: .....  |
|             | PROFESIONAL | C.P.: .....  |
|             | PARTICULAR  | E-MAIL: .....  |
|             | PROFESIONAL | TELF.: ..... MÓVIL: ..... FAX: .....                           |
|             | PARTICULAR  | E-MAIL: .....  |
|             |             | Dirección de correspondencia con usted: PARTICULAR PROFESIONAL |

|                  |   |
|------------------|---|
| TIPO DE<br>SOCIO | Por la presente solicito a la Junta Directiva de la SEOM:   |
|                  | MI INCORPORACIÓN COMO SOCIO ADHERIDO TRANSITORIO (18 €)*  |
|                  | MI INCORPORACIÓN COMO SOCIO NUMERARIO (36 €)  |
|                  | MI INCORPORACIÓN COMO SOCIO ADHERIDO PERMANENTE (36 €)**  |
|                  | MI INCORPORACIÓN COMO SOCIO CORRESPONDIENTE (36 €)  |
|                  | <i>*Con independencia del envío de la documentación necesaria para pasar de Adherido Transitorio a Numerario, cuando se termine el periodo de Residencia se le establecerá la cuota estándar.<br/>**Se requerirá una permanencia mínima de 5 años. En caso de cese antes de ese periodo, se exigirá un último pago en concepto de penalización equivalente al número de cuotas que falten por abonar.</i> |

Si quiere adherirse a un Grupo de Trabajo o Sección, indíquenos a cual. Puede consultarlos en [www.seom.org](http://www.seom.org)

|       |  |
|-------|--|
| CUOTA | La cuota se pasará al cobro tras ser aprobada la solicitud en la Junta Directiva y haber sido refrendada por Asamblea General. El cobro anual de la misma se realiza en diciembre. |
|       | Nº CUENTA BANCARIA IBAN (24 DÍGITOS) ____/____/____/____/____/____   |
|       | Firma del solicitante  |

|                           |  |                 |
|---------------------------|--|-----------------|
| RATIFICACIÓN<br>DE SOCIOS | Para presentar su solicitud de socio en la Junta Directiva es necesario que dos socios numerarios ratifiquen su solicitud. |                 |
|                           | Firma 1  | Firma 2         |
|                           | Nombre de socio  | Nombre de socio |
|                           | .....  | .....           |

|                            |  |
|----------------------------|--|
| DOCUMENTACIÓN<br>NECESARIA | Documentación necesaria para adjuntar con la solicitud cumplimentada y firmada por dos socios numerarios:  |
|                            | SOCIO ADHERIDO TRANSITORIO: Copia de Título de Medicina, Currículum Vitae y fotografía.  |
|                            | SOCIO NUMERARIO: Copia de Título de Especialista en Oncología Médica, Currículum Vitae y fotografía.   |
|                            | SOCIO ADHERIDO PERMANENTE y CORRESPONDIENTE: Copia de Título, Currículum Vitae y fotografía.   |
|                            | PASO DE ADHERIDO TRANSITORIO A NUMERARIO (Finalizada la Especialidad de Oncología Médica): Envío de la copia de Título Especialista en Oncología Médica. |

## TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL. SOCIOS

LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ONCOLOGÍA MÉDICA, es la **Responsable del tratamiento** de los datos personales del Interesado y le informa que estos datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en las normativas vigentes en protección de datos personales, el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (GDPR), la Ley Orgánica (ES) 15/1999 de 13 de diciembre (LOPD) y el Real Decreto (ES) 1720/2007 de 21 de diciembre (RDLOPD), por lo que se le facilita la siguiente información del tratamiento:

**Fin del tratamiento:** Gestión de las relaciones con los socios. Envío de información que pudiera resultar de su interés, crear directorio de socios

**Criterios de conservación de los datos:** se conservarán mientras exista un interés mutuo para mantener el fin del tratamiento y cuando ya no sea necesario para tal fin, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la seudonimización de los datos o la destrucción total de los mismos.

**Comunicación de los datos:** Se le informa que sus datos serán cedidos a Secretarías Técnicas colaboradoras relacionadas con su profesión, para el envío de documentación que pudiera resultar de su interés tanto de la propia SEOM como de entidades terceras con las que se realiza colaboraciones para el envío de información relacionada con los fines de SEOM.

Derechos que asisten al Interesado:

- Derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento.
- Derecho de acceso, rectificación 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:**

Por email: [seom@seom.org](mailto:seom@seom.org)

Por correo postal: **SEOM, c/ Velázquez Nº 7, Planta 3, 28001- Madrid**

Acompañando copia de su DNI o título acreditativo de su identidad.

**Para realizar el tratamiento de datos descrito, el Responsable del tratamiento necesita su consentimiento explícito o el de su representante legal.**

El **Interesado** consiente el tratamiento de sus datos en los términos expuestos:

Nombre ....., con NIF .....

Representante legal de ....., con NIF .....

Fecha:

Firma: