



ilustre
colexio oficial de médicos
de ourense

DIRECTORIO MÉDICO MEDICINA EJERCICIO PRIVADO FORMULARIO DE SOLICITUD

Nº de Colegiado:

Nombre y Apellidos:

Especialidad:

Actividad Asistencial:

Dirección completa de la consulta:

Teléfono de la consulta:

Enlace página web propia:

De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica nº 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que los datos de carácter personal que usted nos proporciona con ocasión de la presente solicitud, serán incorporados a los ficheros del Colegio Médico de Ourense (ICOMOu) para que este pueda efectuar el tratamiento, automatizado o no, de tales datos a los fines de la gestión de dicha solicitud. Mediante la presente solicitud usted presta su inequívoco y expreso consentimiento al régimen aquí descrito relativo al tratamiento de los datos de carácter personal con el fin de su publicación en nuestra página web. En cualquier momento podrá solicitar la rectificación de los datos incorporados o interesar su exclusión de la página web.

Firmado: