

Formulario Inscripción

III PREMIOS MÉDICOS Y PACIENTES

*CATEGORIA	
------------	--

*CANDIDATO/A	
--------------	--

*JUSTIFICACIÓN	
----------------	--

*PRESENTADO POR (Nombre + DNI o CIF)	
---	--

*CONTACTO (teléfono + correo electrónico)	
---	--

SITIO WEB	
-----------	--

¿Adjunta documentación?

Si

No

*Campos obligatorios

Información básica del tratamiento: Responsable: CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS DE ESPAÑA (CGCOM). Fin del tratamiento: Gestión de la inscripción en el Premio Médicos y Pacientes. Derechos: a retirar el consentimiento en cualquier momento, acceso, rectificación, portabilidad, supresión, limitación y oposición a su tratamiento.

Con la presentación de este formulario acepto las bases, que pueden consultarse completas pinchando [aquí](#).

He leído y consiento expresamente los términos y condiciones expuestos en la cláusula de tratamiento de datos.