



**Associació Mèdica  
de Catalunya**

Enviar per fax al 93 218 71 47 o per e-mail [amc@amicacat.cat](mailto:amc@amicacat.cat)

DADES PERSONALS	
Cognoms.....	.....
Nom.....	NIF.....
Data de Naixement .....	...../...../.....
Adreça.....	C.P.....
Població.....	Província.....
Telèfons.....	.....
Correu Electrònic.....	.....

DADES PROFESSIONALS
Especialitat.....
Centres de Treball.....
.....

PAGAMENT PER DOMICILIACIÓ BANCÀRIA
<b>Quota semestral de 40,00 C. Dates d'abonament: juny i desembre.</b>

Entitat	Oficina	D.C.	Nº Compte Corrent

Signatura:

A....., ..... de..... de 201.....

L'Associació Mèdica i Facultativa de Catalunya us Informa que aquestes dades s'incorporaran al fitxer que l'Associació té inscrit a l'Agència Espanyola de Protecció de Dades, per a aquells usos permesos per la llei i pels Estatuts de l'entitat. En qualsevol cas, es podran exercir els drets d'accés, de rectificació, de cancel·lació i d'oposició, mitjançant comunicació escrita a la seu de l'Associació Mèdica i Facultativa de Catalunya (Plaça Narcís Oller, 7, Baixos - 08006 - Barcelona). L'Associació Mèdica i Facultativa de Catalunya es responsabilitza que les dades transferides estaran protegides i que seran tractades amb estricta confidencialitat, d'acord amb el que disposa la Llei orgànica 15/1999 de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal.