



SOCIEDAD ESPAÑOLA  
DE ESTRABOLOGÍA Y  
OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA

SECRETARÍA GENERAL  
C/. Arcipreste de Hita, 14, 1.º Dcha.  
28015 MADRID  
Tels. 91 544 58 79 - 91 544 80 35  
estrabologia@oftalmo.com

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Muy Sres. míos:

A continuación les comunico mis datos personales así como la cuenta bancaria para el cobro de las cuotas de la Sociedad:

Nombre ..... Apellidos .....

Dirección .....

Ciudad ..... C. P. .... Provincia .....

Teléfono ..... Móvil .....

DNI ..... E-mail: .....

Centro de trabajo .....

Caja/Banco .....

Dirección ..... Localidad .....

Código Cuenta Cliente				
IBAN	Entidad	Oficina	D.C.	Número de Cuenta
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Imprescindible rellenar todos los dígitos</b>				

Atentamente,

Fdo. ....

Cuota anual de socio .....	80 €
Cuota anual de socio residente (con certificado acreditativo) .....	50 €

Remitir este Boletín debidamente cumplimentado a:

C/. Arcipreste de Hita 14, 1.º Dcha.  
28015 Madrid  
España  
rita@oftalmo.com



## INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS

**Responsable:** Sociedad Española de Estrabología y Oftalmología Pediátrica; **Finalidad:** Atender su solicitud y enviarle comunicaciones comerciales; **Legitimación:** Ejecución de un contrato, consentimiento del interesado; **Destinatarios:** No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal; **Derechos:** Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, indicados en la información adicional, que puede ejercer dirigiéndose a la dirección del responsable del tratamiento; **Procedencia:** El propio interesado.



Yo \_\_\_\_\_

con DNI \_\_\_\_\_

he leído y acepto los términos de la Ley General de Protección de Datos.