

Boletín de Inscripción:

Apellidos.....

.....

Nombre:

DNI:..... / **Nº colegiado**.....

Domicilio:.....

.....

Código Postal:..... / **Población:**.....

Teléfono de contacto

Correo electrónico.....

Deseo inscribirme en la Bolsa de Colaboradores para poder participar, como voluntario, realizando actuaciones de fisioterapia en actos deportivos y me doy por enterado de las condiciones para mi inscripción.

Remitir boletín por Fax o correo electrónico a la Secretaria del Colegio a la dirección de:

José Picón nº 9

28028 Madrid

Tel.: 91 504 55 85

Fax: 91 50422 02

E- mail: cfisiomad@cfisiomad.org / www.cfisiomad.org.

De acuerdo con lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, se le comunica que los datos proporcionados por usted en este documento forman parte de un fichero automatizado, cuya única finalidad es la observancia de las obligaciones y derechos nacidos de la firma del mismo.

El responsable del fichero es el Colegio Profesional de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid, con domicilio en la calle José Picón Madrid (28028), en cuya secretaria podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que legalmente le asisten.