



## SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DISFUNCIÓN CRANEOMANDIBULAR Y DOLOR OROFACIAL

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

Dirección particular, C/.....Ciudad.....CP.....

Domicilio Clínica. C/.....Ciudad.....CP.....

E-Mail.....

Nacionalidad.....DNI.....

Licenciado en.....Ciudad.....Pais.....

Nº de Colegiado.....

Por la presente, comunico mi deseo de pertenecer a la Sociedad Española de Disfunción Cráneo-mandibular, aceptando los Estatutos que rigen dicha Sociedad. **Presento** mi solicitud para ser **valorada** en la Asamblea General Ordinaria de la Sociedad, **incorporándome, en el caso de ser aceptada, como miembro asociado, comprometiéndome a abonar las cuotas ordinarias y extraordinarias.**

**Fdo..... Fecha.....**

La legislación sobre protección de datos personales (Ley Orgánica 15/99 y Art.197 y 278 del Código Penal) establece una serie de obligaciones en el tratamiento de los datos de carácter personal. Obligándose a su cumplimiento y exonerando a la Sociedad Española de Disfunción Craneomandibular y Dolor Orofacial de cualquiera responsabilidad al respecto. Autorizo, por medio de la presente, la utilización de mis datos personales, facilitados en el marco de su relación con la misma, para su incorporación a sus ficheros de personal.

Banco/Caja.....

Calle.....Población.....CP.....

### Código cuenta cliente

Entidad Oficina DC Número de cuenta  
.....

Muy Sres. míos:

Ruego a Uds. se sirvan a atender el pago de los recibos que presente La Sociedad Española de Disfunción Cráneo-mandibular y Dolor Orofacial (SEDCYDO) con cargo a mi Cta./Cte/Lta que mantengo con Ustedes.

D/D<sup>a</sup>.....Fecha.....Firma.....