



CLUB CULTURAL Y GASTRONÓMICO HIPÓCRATES DEL COLEGIO DE MEDICOS DE VALENCIA

SOLICITUD DE ALTA

APELLIDOS Y NOMBRE: _____

Nº DE COLEGIADO: _____

E-MAIL: _____

Telf.: _____

Domicilio: _____ nº _____

Población: _____ Código Postal: _____

Fecha: _____

Esta solicitud deberá enviarse firmada, por correo electrónico a luis.peset@comv.es, o por correo ordinario a Colegio de Médicos de Valencia; Avd. de la Plata nº 34; 46013 VALENCIA (a la atención del Club Gastronómico) o por fax al nº 963348702.

Los datos que Ud. nos facilita se incorporarán a una base de datos, cuyo titular es el Colegio Oficial de Médicos de Valencia y podrán ser utilizados para el desarrollo de las actividades propias del Club Gastronómico. En nuestra sede colegial (Avd. de la Plata nº 34 de Valencia) Ud. podrá modificar y/o cancelar estos datos, bien personalmente, bien mediante escrito dirigido al mismo, lo que se le comunica de conformidad con lo que establece la Ley Orgánica del Protección de Datos.

(Firma)