

# Formulario de inscripción

## V PREMIOS MÉDICOS Y PACIENTES

|            |  |
|------------|--|
| *CATEGORIA |  |
|------------|--|

|              |  |
|--------------|--|
| *CANDIDATO/A |  |
|--------------|--|

|                |  |
|----------------|--|
| *JUSTIFICACIÓN |  |
|----------------|--|

|   |  |
|---|--|
| *PRESENTADO POR<br>(Nombre + DNI o CIF) |  |
|---|--|

|   |  |
|---|--|
| *CONTACTO<br>(teléfono + correo<br>electrónico) |  |
|---|--|

|           |  |
|-----------|--|
| SITIO WEB |  |
|-----------|--|

¿Adjunta documentación?      Si       No

\*Campos obligatorios

Información básica del tratamiento: Responsable: CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS DE ESPAÑA (CGCOM). Fin del tratamiento: Gestión de la inscripción en el Premio Médicos y Pacientes. Derechos: a retirar el consentimiento en cualquier momento, acceso, rectificación, portabilidad, supresión, limitación y oposición a su tratamiento.

- Con la presentación de este formulario acepto las [bases](#), que pueden consultarse completas pinchando aquí.
- He leído y consiento expresamente los términos y condiciones expuestos en la [cláusula de tratamiento de datos](#).