



CUMPLIMENTAR Y ADJUNTAR CON FICHA ALTA SOCIOS Y/O ASOCIADOS

D./D^a _____

Colegiado Nº: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO TRATAMIENTO de DATOS por GESTIÓN ADMINISTRACIÓN ACADEMIA (RGPD-LOPDGDD)

- **Responsable de Tratamiento:** Aquellos datos de carácter personal que Ud. nos facilite, serán tratados por **ACADEMIA MÉDICO QUIRÚRGICA OURENSE (AMQ OURENSE)** con CIF/NIF: **G32146789**, sita en **Juan XXIII, 19 -Entrlo. (32003) Ourense (ES)**.
- **Finalidad:** Exclusivamente para Gestión Administrativa de esta Academia y Gestión de "Alta Socios" y gestión de los distintos servicios prestados con fines científico-divulgativo de interés sanitario, cursos, conferencias, actividades y organización de eventos de divulgación en materia de salud, gestión de socios y/o usuarios.
- **Destinatarios:** Sus datos no serán cedidos a terceros, salvo aquellos establecidos por exigencias legales y/o los necesarios para la propia prestación del servicio.
- **Supresión de datos:** Se procederá a la supresión de sus datos, una vez cursado baja en la finalidad del servicio y superados los plazos legales.
- **Derechos:** Le recordamos que puede ejercer los derechos de: acceso, rectificación, portabilidad y supresión de los datos, limitación y oposición a su tratamiento, a no ser objeto de decisiones basadas únicamente en el tratamiento automatizado y también a revocar el consentimiento por Ud. concedido en el momento que así lo solicite, pudiendo ejercer tales derechos de modo presencial en las dependencias de esta entidad y/o mediante carta enviada a la dirección indicada y/o por medio de e-mail amqourense@gmail.com También, tiene derecho a presentar reclamación ante las Autoridades de Control <https://www.aepd.es/>
- **Información adicional:** Puede ampliar información y consultar "Políticas de Privacidad" en <https://amqourense.com/>

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS Y CONSENTIMIENTO INFORMADO: En cumplimiento de la normativa de Protección de Datos y teniendo en cuenta las disposiciones del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016. (RGPD) y de la propia **Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales** (LOPDGDD), le informamos sobre la finalidad relativa al tratamiento de sus datos y sobre lo que recabamos su consentimiento expreso para la finalidad y tratamiento de datos aquí indicada, la cual, dice entender y estar de acuerdo al solicitar ALTA como ASOCIADO, USUARIOS DE SERVICIOS y/o COLABORADOR, para la finalidad de "Gestión Administrativa y Servicios Asociación". Es por lo que, mediante la FIRMA del PRESENTE DOCUMENTO Ud. dice aceptar y estar de acuerdo en el tratamiento de sus datos con dicha finalidad. Recordarle además, que usted en todo caso podrá revocar el presente consentimiento en cualquier momento que así lo solicite, sin que la retirada afecte a la licitud de tratamiento basado en el consentimiento otorgado antes de su retirada.

*Marcar con "X" en caso de autorizar y dar consentimiento a los siguientes tratamientos:

ACEPTA y da consentimiento para el tratamiento de sus datos con la finalidad de "Gestión Administrativa de Socios y Servicios Academia", así como para la notificación con antelación de aquellos eventos y actividades que se puedan organizar en esta entidad.

ACEPTA y da consentimiento para captación de imagen y/o grabaciones en aquellos eventos en los que Ud. participe, y a que posteriormente estas puedan ser publicadas en distintos medios de difusión con fines científicos-divulgativos de la Academia.

Firma,

Fecha: ____ / ____ / ____

Nota: Ambos impresos debidamente cumplimentados y firmados podrán entregarse personalmente en la secretaría del Colegio Oficial de Médicos de Ourense, o enviarlo por email a: amqourense@gmail.com Asunto: "Alta Socios"