



## HAZTE SOCIO DE LA S.C.N

Solicitud de Inscripción     Actualización datos     Baja socio

Solicitud de Inscripción en la S.C.N. La aceptación de socios en la S.C.N se formaliza en las Asambleas de Socios que se celebran anualmente. Rellene este formulario y envíelo vía mail a: [secretariasocanne@socanne.org](mailto:secretariasocanne@socanne.org).

Para cualquier consulta puede contactar vía mail.

### Solicitante:

Primer Apellido	<input type="text"/>	Segundo Apellido	<input type="text"/>
Nombre	<input type="text"/>	Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>	DNI	<input type="text"/>
Contraseña	<input type="text"/>		
Repetir			
Contraseña	<input type="text"/>		

### Dirección Profesional:

Centro de Trabajo	<input type="text"/>	Sección	<input type="text"/>
Dirección.	<input type="text"/>	Población	<input type="text"/>
Código Postal	<input type="text"/>	Provincia	<input type="text"/>
Teléfono	<input type="text"/>		

### Dirección Personal:

Dirección	<input type="text"/>	Población	<input type="text"/>
Código Postal	<input type="text"/>	Provincia	<input type="text"/>
Teléfono	<input type="text"/>		

### Especialista: (\*)

Nefrología     Residente de Nefrología     Otro

En caso de otro, especificar

Autorizo el envío de información profesional de SOCANNE que pueda ser de mi interés, por correo electrónico

SI     NO

---

A continuación, le solicitamos los datos de la cuenta bancaria para que nos autorice a domiciliar los pagos de las cuotas de socio (20 euros)

---

## AUTORIZACIÓN DOMICILIACIÓN BANCARIA:

### Cuenta de domiciliación

IBAN	<input type="text"/>
Entidad	<input type="text"/>
Oficina	<input type="text"/>
Dígito de control	<input type="text"/>
Nº de cuenta	<input type="text"/>

### Datos del titular de la cuenta bancaria:

Nombre	<input type="text"/>
Apellidos	<input type="text"/>
N.I.F	<input type="text"/>
Código Postal	<input type="text"/>
Población	<input type="text"/>
Provincia	<input type="text"/>
País	<input type="text"/>

Mediante la firma de este formulario de Orden de domiciliación, Usted autoriza:

- A ASOCIACIÓN SOCIEDAD CANARIA DE NEFROLOGÍA (SOCANNE), a enviar órdenes a su entidad financiera para cargar en su cuenta bancaria, el firmante queda preavisado de los adeudos que se emitan conforme al plazo de pago pactado.
- A su entidad financiera para adeudar los importes correspondientes en su cuenta de acuerdo con las órdenes de ASOCIACIÓN SOCIEDAD CANARIA DE NEFROLOGÍA

Como parte de sus derechos, Usted tiene derecho a ser reembolsado por su entidad financiera de acuerdo con los términos y condiciones del contrato suscrito con su entidad financiera. Dicho reembolso deberá reclamarse en un plazo de 8 semanas a partir de la fecha en que se realizó el adeudo en su cuenta.

Igualmente, tiene Usted derecho a recibir de ASOCIACIÓN SOCIEDAD CANARIA DE NEFROLOGÍA, una notificación previa al adeudo de cualquier cobro domiciliado, acordando las partes que la misma se realizará con una antelación mínima de 2 días previos al adeudo y aceptando, igualmente, la posibilidad de que la misma se realice a través de la dirección de E-Mail que usted haya indicado.

Además, Usted admite la firma de esta orden de domiciliación en castellano, renunciando a su derecho a que la misma sea emitida en su idioma de origen.

**INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS**

**RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Identidad: ASOCIACIÓN SOCIEDAD CANARIA DE NEFROLOGÍA (en adelante SOCANNE).-CIF:B01701648-Dir.Postal: Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Carretera General del Rosario, 145, Planta 2, Secretaría de Nefrología, 38010 Santa Cruz de Tenerife-TFNO:922602061-Correo-Electr.:secretariasocanne@socanne.org

**FINALIDAD:** En SOCANNE tratamos la información que nos facilita con el fin de prestarle los servicios solicitados de inscripción como socio de nuestra asociación, domiciliar sus cuotas de socio, gestión de la inscripción en cursos de formación y enviarle información que pueda ser de su interés. En cualquier momento puede revocar su consentimiento.

**LEGITIMACIÓN:** Los datos de carácter personal que nos facilita serán los estrictamente necesarios, mediante su consentimiento.

**CONFIDENCIALIDAD:** En SOCANNE, nos comprometemos a guardar la confidencialidad pertinente, tomando las medidas de seguridad preceptivas.

**CESIÓN:** Sus datos personales no se cederán a terceros sin su consentimiento, excepto a entidades bancarias para la domiciliación de sus cuotas de socio, a la Agencia Tributaria, y se conservarán por el tiempo que establezca la legislación correspondiente.

**VERACIDAD:** Usted garantiza que los datos facilitados en este formulario son exactos y responden a la veracidad de su situación.

**DERECHOS:** Usted tiene derecho a obtener confirmación sobre si en SOCANNE estamos tratando sus datos personales, por tanto tiene derecho a acceder a sus datos personales, rectificar los datos inexactos, oponerse o solicitar su cancelación. Usted puede solicitar su supresión cuando los datos ya no sean necesarios o su portabilidad. Puede ejercer sus derechos por cualquier medio: Por escrito mediante carta a los datos de contacto indicados en el Responsable del Tratamiento. Los interesados tienen derecho a reclamar ante la autoridad de control (Agencia Española de Protección de Datos: [www.aepd.es](http://www.aepd.es)) Para obtener información más ampliada puede leer nuestra POLÍTICA DE PRIVACIDAD en nuestra página web [www.socanne.org](http://www.socanne.org)

**El SOCIO**, reconoce haber sido informado en todos sus extremos y presta su consentimiento explícito, específico e inequívoco al tratamiento de sus datos personales para los fines expresados.

FECHA:

Firma