

Datos Personales



Fecha de alta (*)

Nombre (*)

Apellidos (*)

Fecha de nacimiento(*)

NIF (*)

E-mail (*)

Dirección (*)

CP (*)

Población (*)

Provincia (*)

Teléfono (*)

Figura (*)

Tipo de Trasplante (*)

Fecha del Trasplante (*)

Hospital del Trasplante (*)

ACEPTO, de acuerdo con lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999, que los datos obtenidos en este formulario sean incorporados a un fichero automatizado bajo la responsabilidad de ASOCIACION DEPORTE Y TRASPLANTE MADRID con la finalidad de atender sus consultas y remitirle información relacionada que pueda ser de su interés.

Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante un escrito a nuestra dirección contacto@deporteytrasplantemadrid.com. Mientras no nos comunique lo contrario, entenderemos que sus datos no han sido modificados, que usted se compromete a notificarnos cualquier variación y que tenemos su consentimiento para utilizarlos para las finalidades mencionadas. El envío de estos datos implica la aceptación de esta cláusula.

(*) Campos requeridos

Firma.

Firma Digital.