**Associació de Metges Jubilats de l’Hospital Clínic de Barcelona**

C/Villaroel, 170, 08036 Barcelona e-mail: ass.metges.jubilats.clinic@gmail.com

Sol·licitud d’afiliació i alta a la base de dades

Cognoms: ...........................................................................................................

Nom: ..............................................................

Data de naixement (dd/mm/aaaa):........................... Any de jubilació(aaaa): .................

DNI: ...................................

Especialitat professional: .......................... Servei a l’HCB: ..............................

Adreça postal: ..................................................................................................

Telèfon: ................................... Correu electrònic: .................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| E | S |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Compte bancària: IBAN

D’acord amb l’establert al *Reglament (UE) 2016/679 de 27 d’abril relatiu a la protecció de les persones físiques en relació al tractament de les seves dades personals* (en endavant el “Reglament”),  l’informem  que el responsable del tractament de les seves dades és **l’Associació de metges Jubilats de l’HCB** amb  CIF G67037895, i domicili a Cr. Villarroel, 170, 08036 Barcelona. Les seves dades seran tractades amb la finalitat de gestionar i administrar els assumptes relatius a l’Associació. Únicament li demanarem aquelles dades que siguin necessàries per a la seva assistència, i és conservaran durant el temps establert per la normativa aplicable. Les seves dades es podran cedir a l’Administració sempre que una norma de rang legal ho autoritzi. No es preveuen transferències internacionals.

Així mateix,amb la signatura d’aquest document, autoritza a l’Associació a captar i utilitzar las seva imatge (fotografia i vídeo) en el marc de les activitats que l’Associació porti a terme, i autoritza la seva difusió per qualsevol medi, incloent les xarxes socials.

Vostè té dret a accedir a les seves dades, sol·licitar la rectificació de les dades inexactes o, si és el cas, sol·licitar la seva supressió. Així com limitar el seu tractament, oposar-se i retirar el consentiment del seu ús per a determinades finalitats. Aquests drets els pot exercir dirigint-se a [ass.metges.jubilats.clinic@gmail.com](mailto:ass.metges.jubilats.clinic@gmail.com). Així mateix l’informem del seu dret apresentar una reclamació davant de l’Autoritat Catalana de Protecció de Dades front qualsevol actuació de l’HCB que consideri que vulnera els seus drets.

Signat:

Nom i cognoms:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autoritzo que l’Associació em passi el cobrament bancari de la quota anual que s’aprovi per l’Assemblea General de l’Associació mitjançant una transferència al banc “laCaixa”, a nom de l’Associació de Metges Jubilats de l’Hospital Clínic de Barcelona, NIF G670037895, i compte: IBAN: ES74 2100 0872 5402 0058 1300 de l’Agència Joaquim Folguera, Pl. Joaquim Folguera, 3-5, 0822 Barcelona.

Signat:

Nom i cognoms:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data(dd/mm/aaaa):

\*Guardar aquest document emplenat (pdf) i enviar-ho a [ass.metges.jubilats.clinic@gmail.com](mailto:ass.metges.jubilats.clinic@gmail.com) , o bé portar-ho directament al Comitè de Delegats Mèdics de l’Hospital Clínic (esc. 12, planta 0)