**Formulario Inscripción**

**IV PREMIOS MÉDICOS Y PACIENTES**

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **\*PRESENTADO POR**  **(Nombre + DNI o CIF)** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **\*CONTACTO**  **(teléfono + correo electrónico)** |  |

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

¿Adjunta documentación? Si No

x

\*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**](http://www.medicosypacientes.com/sites/default/files/Bases%20IV%20Premios%20MyP%202022.pdf)**.**

**🞏 He leído y consiento expresamente los términos y condiciones expuestos en la** [**cláusula de tratamiento de datos**](http://www.medicosypacientes.com/sites/default/files/Bases%20IV%20Premios%20MyP%202022.pdf)**.**