



Sociedad Española de Farmacogenética y Farmacogenómica (SEFF)

Autorización de pago de la cuota anual de la SEFF.

INFORMACIÓN SOBRE EL ASOCIADO

Nombre y Apellidos:

Organización:

Posición:

Centro:

Departamento:

Dirección:

Código Postal:

Ciudad:

País:

Teléfono:

E-mail:

Por favor cumplimenta este formulario con tus datos, personales y bancarios, y firma la autorización de pago de la cuota anual. Una vez firmado, transforma el documento en una imagen escaneandola y remítelo a: info@seff.es

DATOS BANCARIOS

Entidad Bancaria:

IBAN	Código	Entidad	Oficina	DC	Nº Cuenta

Por la presente autorizo el pago de 50€ correspondiente a la cuota anual de socio de la SEFF.

Nombre completo:

Firma:

Fecha:

Los datos personales facilitados voluntariamente a través del registro son tratados de forma confidencial y forman parte de un fichero responsabilidad de la Sociedad Española de Farmacogenética y Farmacogenómica e Instituto Roche inscritos en la Agencia de Protección de Datos. Tienen como finalidad gestionar su solicitud, facilitarle información y/o servicios que solicite y poder ofrecerle nuevos servicios. Así mismo, para garantizar la seguridad y confidencialidad de los datos personales obtenidos a través de la página web, empleamos firewall así como otras medidas de seguridad.

Le informamos que puede ejercitar sus derechos de oposición, acceso, rectificación o cancelación de los datos por correo electrónico a info@seff.es

La Sociedad Española de Farmacogenética y Farmacogenómica e Instituto Roche limitan el almacenamiento de sus datos al tiempo necesario para los fines mencionados y con arreglo a los eventuales requisitos jurídicos y éticos en cuanto a la declaración o el almacenamiento de documentación.