**SOLICITUD DE INSCRIPCION COMO SOCIO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA ORAL INTERNACIONAL (SMOI)**

(Una vez rellenada esta solicitud, remitirla a la dirección de la Sociedad arriba indicada por correo postal o electrónico)

Se debe enviar a: sociedademedicinaoral@gmail.com

FOTO

IMPRESCINDIBLE

Todos los campos son obligatorios.

Formato JPG. Enviada por e-mail

Nombre y apellidos:

Domicilio: C.P:

Localidad: Provincia:

Correo electrónico:

Teléfono:

Lugar y fecha de nacimiento:

Estudios universitarios:

Facultad:

Licenciatura: si año:

Doctorado: si año: no

Especialista: si año: no

Residente (R- ) Residencia: (ejemplo: R3, año 2011-2012)

Año:

Hospital:

PROTECCION DE DATOS PERSONALES

Los datos personales comunicados en esta solicitud de inscripción se incluirán en la base de datos de la Sociedad, cuya finalidad consiste en mantenerte informado de todo aquello que consideremos de tu interés y que esté relacionado con la especialidad de medicina oral. Salvo que nos indiques lo contrario en este impreso, o por escrito dirigido a la Sociedad: [sociedademedicinaoral@gmail.com](mailto:sociedademedicinaoral@gmail.com) es posible que facilitemos tu nombre y dirección a terceros a fin de que puedas recibir información exclusivamente de carácter científico o profesional que te resulte de interés. También puedes ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación de tus datos personales comunicándolo por escrito a la dirección electrónica de la secretaría técnica de la Sociedad antes indicada.

Fecha y firma del solicitante: