



**SINDICATO MEDICO CESM VALLADOLID**

Apellidos.....Nombre.....  
Fecha de nacimiento.....Lugar.....  
Domicilio.....C.P.....  
Teléfono..... Tfno. Móvil.....  
E-mail.....Lugar de Trabajo.....  
Teléfono.....Especialidad.....  
Adjunto  MIR  FINAL MIR .....  
Fecha finalización carrera.....Facultad.....  
Nº de colegiado.....D.N.I.....  
Fecha de inscripción.....Firma.....

**SINDICATO MEDICO CESM VALLADOLID**

Orden de abono de cuotas:

Dr. D.....  
Con domicilio.....  
Banco o Caja de Ahorros.....Agencia.....  
Número de cuenta IBAN.....  
Número BIC.....

Sr. director: Ruego a Vd. que, con cargo a mi cuenta corriente en este Banco, se sirva a abonar los recibos presentados por el SINDICATO MEDICO CESM VALLADOLID.

Atentamente.

FDO.: \_\_\_\_\_



CESM SINDICATO MÉDICO VALLADOLID es el **Responsable del tratamiento** de los datos personales del **Interesado** y le informa que estos datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril (GDPR) y la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre (LOPDGDD), por lo que se le facilita la siguiente información del tratamiento:

**Fines del tratamiento:** Tramitar su afiliación, permitir el ejercicio de los derechos y obligaciones previstos en los estatutos, emisión de carnés de afiliación, gestión y cobro de cuotas, envío de publicaciones e información, elaboración de estadísticas y prestación de servicios. Si desempeña labores de representación colectiva, los datos serán tratados para la realización y seguimiento de las actividades sindicales amparadas en la legislación vigente.

**Legitimación del tratamiento:** Por interés legítimo del Responsable basado en el artículo 9, apartado 2 letra d) del Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (GDPR) por el cual se tratarán los datos en el ámbito de sus actividades legítimas y con las debidas garantías.

**Criterios de conservación de los datos:** se conservarán durante no más tiempo del necesario para mantener el fin del tratamiento y cuando ya no sea necesario para tal fin, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la seudonimización de los datos o la destrucción total de los mismos.

**Comunicación de los datos:** no se comunicarán los datos a terceros, salvo obligación legal, como el caso de organizaciones sindicales autonómicas o nacionales.

**Derechos que asisten al Interesado:**

- Derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento.
- Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y a la limitación u oposición a su tratamiento.
- Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control ([www.aepd.es](http://www.aepd.es)) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

**Datos de contacto para ejercer sus derechos:**

CESM SINDICATO MÉDICO VALLADOLID. CALLE ANGUSTIAS, 34 1 IZQ - 47003 VALLADOLID (Valladolid). Email: [cesmvalladolid@cesmcyl.es](mailto:cesmvalladolid@cesmcyl.es)  
Datos de contacto del DPO: [abogados@riskshield.es](mailto:abogados@riskshield.es)

Para realizar el tratamiento de datos descrito, el responsable del tratamiento necesita su consentimiento explícito o el de su representante legal.

El **Interesado** consiente el tratamiento de sus datos en los términos expuestos:

Nombre ....., con NIF .....

Firma:

En Valladolid, a ..... de ..... de .....