



BOLETÍN DE SOLICITUD PARA EXPONER EN "ESPACIO DE ARTE" DEL ICOMZ

Don / Dña.		
natural de		
provincia de	con DNI número	
dirección actual	número	piso
Localidad	provincia de	
CP	teléfono	fax
e-mail		
SOLICITA de esa Institución		
la correspondiente autorización para exponer una muestra de sus obras en "ESPACIO DE ARTE" del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza		
Número de obras a exponer		
Técnica empleada		
Fechas interesadas		
<p>El que suscribe, que declara conocer todas y cada una de las condiciones exigidas para exponer que figuran en el adjunto Reglamento, se compromete a aceptarlas en su totalidad caso de ser admitida la presente solicitud.</p> <p>El solicitante declara conocer la existencia de un fichero del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza con sus datos de carácter personal (tanto los indicados en este formulario como los que posteriormente modifiquen o amplíen), ubicado en su sede social (Paseo Ruiseñores, 2), y consienten su tratamiento. Estos datos han sido recogidos por el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza, destinatario de la información, para poder cumplimentar esta solicitud, así como para permitir la comunicación y ofrecimiento de cualquier otro tipo de actividad de la Obra Social y Cultural.</p> <p>Los interesados declaran conocer los derechos que les asisten de acceso, oposición, rectificación y cancelación de los datos del fichero del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza. Asimismo se obligan a comunicar al Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza cualquier modificación u omisión que pudieran sufrir estos datos.</p>		
_____, _____ de _____ de _____		
EL SOLICITANTE,		
Fdo.....		