

## Solicitud ingreso SEdO AVAL DEL DIPLOMADO

Por la presente solicito a la Comisión de Miembros que tenga en cuenta mi firma para ser presentada como aval junto con la solicitud de ingreso a la Sociedad de:

D./D.<sup>a</sup> (nombre)

---

(primer apellido)

---

(segundo apellido)

---

Título universitario:

---

**N.º de colegiado (imprescindible):**

---

Para que pueda ser admitido como miembro en la Sociedad Española de Ortodoncia, aceptando el cumplimiento de las condiciones estatutarias de la misma.

**MIEMBRO DIPLOMADO QUE AVALA:**

Dr./Dra.

---

N.º de miembro SEdO del Diplomado que avala:

Firma  
(obligatoria):

**MARCAR CON UNA "X"**

Doy mi consentimiento para el tratamiento de los datos para las finalidades reseñadas abajo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS.** Responsable: SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ORTODONCIA ("SEdO"). Finalidad: gestionar la relación entre los asociados y la SEdO, incluidas las convocatorias de sus congresos y la publicación de sus datos en el directorio de la asociación, tanto en su edición impresa como en la página web de la SEdO. Licitud: Contrato. Comunicaciones: Únicamente se comparten datos con proveedores de la SEdO. Derechos: Acceder, rectificar y suprimir sus datos, así como darse de baja, oponerse al tratamiento, limitarlo y otros derechos que puede Ud. consultar en nuestra Política de Privacidad en el siguiente enlace <http://www.sedo.es/politica-de-privacidad>. Para ejercitar sus derechos puede escribirnos a [datos@sedo.es](mailto:datos@sedo.es)