Documento de presentación obligatoria

Solicitud de acceso a miembro Activo SEdO
AVAL 1 de 2

Por la presente, solicito a la Comisión de Miembros que tenga en cuenta la firma del miembro de la Sociedad, mostrada más abajo, para ser presentada como aval junto con mi solicitud de acceso a la categoría de miembro Activo:

NOMBRE:

1er APELLIDO:

2º APELLIDO:

Título universitario:

N.º de colegiado (imprescindible):

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

MIEMBRO QUE AVALA:

Dr. / Dra.

FIRMA

Miembro **Activo / Diplomado** con n.º de afiliación a la Sociedad:

MARCAR CON UNA | X |

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

En ……, a …… de …….. de 2026.

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

Documento de presentación obligatoria

Solicitud de acceso a miembro Activo SEdO
AVAL 2 de 2

Por la presente, solicito a la Comisión de Miembros que tenga en cuenta la firma del miembro de la Sociedad, mostrada más abajo, para ser presentada como aval junto con mi solicitud de acceso a la categoría de miembro Activo:

NOMBRE:

1er APELLIDO:

2º APELLIDO:

Título universitario:

N.º de colegiado (imprescindible):

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

MIEMBRO QUE AVALA:

Dr. / Dra.

FIRMA

Miembro **Activo / Diplomado** con n.º de afiliación a la Sociedad:

MARCAR CON UNA | X |

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

En ……, a …… de …….. de 2026.

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