

SOLICITUD DE ACREDITACIÓN EN RESONANCIA MAGNÉTICA

--

(No escribir)

-----, -----
Apellidos Nombre

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NIF

Domicilio (calle/plaza/avenida, número, escalera y piso)

Población

--	--	--	--	--	--

Código postal

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Móvil

Provincia

Colegio Oficial de Enfermería de

Número colegiado

-----@-----
e-mail (escribir en mayúsculas)

Centro de trabajo

Población

Demanda:

Que la comisión acreditadora de conocimientos en Resonancia Magnética de la Sociedad Española de Enfermería Radiológica, valore y emita el certificado correspondiente, según la documentación aportada.

Expone:

Que habiendo sido informado de la existencia de un fichero de datos personales gestionado por la Sociedad Española de Enfermería Radiológica para la relación entre ambos, puede ejercitar su derecho a rectificarlas, cancelarlas u oponerse, por parte del titular, de los datos que aparecen, con una simple comunicación por escrito dirigida a la Sociedad Española de Enfermería Radiológica o en cualquier filial de ésta, de conformidad a lo que establece la vigente ley de protección de datos de carácter personal.

Comunica:

Que conoce la gratuidad de la gestión para los asociados a la SEER y que en caso contrario, deberá abonar la cantidad de 50 euros previos a la resolución de la comisión acreditadora. Así mismo acepta la resolución de dicha comisión sin posibilidad de recurso, pudiendo solicitar una nueva acreditación transcurrido un año natural desde esta presentación.

SOCIO: SI / NO

Firma

-----/-----/-----
Fecha solicitud