C/ Pujades, 350  
08019 – Barcelona

Tel: 932 530 983

acreditacionRM@enfermeriaradiologica.org



SOLICITUD DE ACREDITACIÓN EN

Resonancia magnética

(No escribir)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

NIF

---------------------------------------------------, -------------------------------

Apellidos Nombre

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

Código postal

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Móvil

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

Población

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

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