



PREMIO PROMOCIÓN DE LA SALUD

FORMULARIO DE PARTICIPACIÓN

DATOS DE LA ORGANIZACIÓN

NOMBRE:

TELEFONO DE CONTACTO:

CIF:

EMAIL:

DOMICILIO:

DOCUMENTACIÓN APORTADA

DOSSIER PEN DRIVE OTROS _____

DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA

- Declaro bajo mi responsabilidad que todos los datos consignados en la presente solicitud son ciertos y adjunto la correspondiente documentación acreditativa de los mismos.
- Acepto la política de privacidad que se contiene en las bases de la presente convocatoria

En Málaga a de de 2026

El/la solicitante

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento UE 2016/679, de 27 de abril de 2016, en adelante RGPD, el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Málaga con domicilio en CALLE CURTIDORES 1, 29006, MÁLAGA (provincia de Málaga) y NIF nº Q2966001F le informa que la recogida y tratamiento de sus datos a través del presente formulario tiene como finalidad la gestión y control del concurso, consintiendo necesariamente los interesados el tratamiento y la cesión de sus datos con el alcance y en las condiciones señaladas en las bases del mismo. Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión y oposición, portabilidad y limitación del tratamiento dirigiendo su solicitud al domicilio arriba indicado o por email a privacidad@commalaga.com. Asimismo, en caso de considerar vulnerado su derecho a la protección de datos personales, podrá interponer una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (www.agpd.es).