



Formulário Novo Sócio

Nome:

Morada:

Código Postal:

Bilhete de Identidade / Cartão de Cidadão:

Validade: NIF:

E-mail:

Telemóvel:

Especialidade:

Local de trabalho:

Serviço:

Cédula Profissional:

Autorizo que a FactorChave e seus parceiros conservem e utilizem os meus dados pessoais aqui constantes, pelo prazo máximo juridicamente legal, para o envio de informações sobre congressos, eventos, simpósios, advisory boards ou outras acções de formação que venham a organizar, nunca cedendo estes dados a terceiros.

Autorizo que a FactorChave conserve e utilize os meus dados pessoais aqui constantes para o envio de informações relativas ao Grupo Investigação Cancro Digestivo, nunca cedendo estes dados a terceiros.

Com o novo Regulamento Geral de Protecção de Dados terá mais informação e controlo sobre os seus dados, podendo alterar, retificar ou pedir que os mesmos sejam eliminados, mediante pedido por via electrónica para o seguinte endereço de e-mail: geral@factorchave.pt. Para mais informações consulte a nossa política de privacidade em www.factorchave.pt.

Data: