

FORMULARIO DE SUSCRIPCIÓN

TARJETA SANITARIA CLUB HCRC - HOSPITAL CRUZ ROJA DE CÓRDOBA

DATOS PERSONALES

NOMBRE _____

APELLIDOS _____

DNI _____

TARJETA DE RESIDENCIA _____

FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____

SEXO

Masculino

Femenino

ESTADO CIVIL

Soltero/a

Casado/a

Viudo/a

Sin Especificar

TARJETA

Virtual

Tarjeta Física

DATOS DE CONTACTO

DOMICILIO _____

LOCALIDAD _____

PROVINCIA _____ C.P. _____

TELÉFONO MÓVIL _____ TELÉFONO FIJO _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

- Declaro que todos mis datos son ciertos y doy mi conformidad a las acciones marcando esta casilla:

- Autorizo el envío de artículos de salud y noticias de interés: (Le recomendamos que marque esta casilla para que podamos mantenerlo informado/a de las novedades del Hospital que seguramente le interesará).

- Si no desea que sus datos sean cedidos a terceras empresas con las finalidades indicadas marque esta casilla:

- Si no desea publicidad marque esta casilla:

Firma:

En Córdoba a _____ de _____ 20 ____