

Formulario de Inscripción

Datos Personales

Nombre _____

Apellidos _____

DNI / NIE _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____

Sexo: ☐ H ☐ M

Domicilio _____

Localidad _____

Código Postal _____

Provincia _____

Teléfono de contacto _____

Correo Electrónico _____

En caso de ser menor de edad

Datos del padre/madre o tutor

Nombre _____

Apellidos _____

DNI / NIE _____

Teléfono de contacto _____

Tipo de Tarjeta (elija una opción): ☐ Virtual ☐ Tarjeta Física

- ☐ Declaro que todos los datos son ciertos, doy mi conformidad a las acciones marcando esta casilla.
- ☐ Doy mi consentimiento para que me informen sobre artículos de salud y noticias de interés (por vía electrónica y/o telefónica) así como de las novedades del Hospital.

Firma:

Firma:
(padre, madre o tutor)

En Córdoba a ____ de _____ de 20____