**Convocatoria Extraordinaria**

SPOQ – Miembro Adscrito

**MIEMBRO ADSCRITO:** Médico Residente de la especialidad. Puede continuar esta categoría hasta por dos años después de egresado, en tanto complete el trámite para la obtención del Título respectivo, según lo descrito en la siguiente tabla.



Si cumple con alguna de las dos posibilidades, debe adjuntar las siguientes posibilidades:

1. Copia simple de la especialidad o subespecialidad otorgada por el CMP.
2. CV no documentado.
3. Se debe completar la información del **anexo2** (se encuentra al final de este documento) que contiene:
   * Solicitud de inscripción
   * Carta de Recomendación ﬁrmada por un miembro asociado de la SPOǪ
   * Declaración jurada
4. Abonar la cuota de ingreso: 100 nuevos soles
   * BCP: 194-5870909-0-08
   * CCI: 00219400587090900896
5. Enviar los documentos a:

* [admin@spoq.pe](mailto:admin@spoq.pe)
* WhatsApp de la SPOQ: +51 992 849 980

**ATENCIÓN**: Si el comité considera necesario, se solicitará constancia de trabajo, récord operatorio, etc.

**Anexo2**

**SOLICITUD DE MEMBRESIA A LA SPOQ**

Yo, , identificado

con en número de DNI/Pasaporte , con domicilio en

, en el distrito de

, en la ciudad de

, SOLICITO ser admitido(a) como:

Miembro Asociado Miembro Adscrito

de la Sociedad Peruana de Oncología Quirúrgica (SPOQ), aceptando los Estatutos de este.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| **Firma** | **Fecha:** |

# MIEMBRO ASOCIADO ACTUAL DE LA SPOQ QUE LE(A) AVALA

Nombres y Apellidos:

RNE:

CMP:

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| **Firma** | **Fecha:** |

**Anexo2**

# DECLARACIÓN JURADA

Declaro bajo juramento que los datos consignados en el presente documento son verídicos y me hago responsable respecto a la veracidad de los mismos.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| **Firma** | **Fecha:** |

Mediante la cumplimentación de este formulario autoriza tanto a la SOCIEDAD PERUANA DE ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA, como corresponsables del tratamiento, a incluir sus datos de carácter personal en una base de datos que tiene por finalidad tramitar las solicitudes de membresía, así como gestionar las relaciones y comunicaciones de la SPOQ con sus miembros, relacionadas con la propia actividad de la SPOQ. La base legitimadora de este tratamiento será su propio consentimiento, siendo conservados sus datos hasta la tramitación de su baja, y una vez así tramitada hasta la expiración de las responsabilidades para la SPOQ. A sus datos podrán tener acceso entidades dedicadas al envío de las comunicaciones señaladas. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, limitación, oposición y portabilidad, dirigiéndose a la sede de la SPOQ, así como interponer acciones ante la Agencia Española de Protección de Datos, en caso de considerar que el tratamiento de sus datos es contrario a la normativa. Por último, podrá contactar con nuestra administración a través del correo [admin@spoq.pe](mailto:admin@spoq.pe)