



Col·legi Oficial de Metges  
Illes Balears

## PARTICIPACIÓN EN LA DIADA DE AQUALAND 8 junio 2024

Nombre y apellidos del colegiado/a: \_\_\_\_\_

N.º colegial: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos de la persona acompañante del colegiado/a:

\_\_\_\_\_

Hijo/a o nieto/a del colegiado/a (Indicar nombre apellidos y edad):

\_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Persona responsable: \_\_\_\_\_

Total copago: \_\_\_\_\_ €

*La participación en el concurso y sorteo que se realizarán durante la Diada en Aqualand implica la aceptación de bases legales aplicables, disponibles para su consulta en [URL DE LAS BASES](#). Al firmar este formulario manifiesta haber leído la siguiente información:*

**Información básica sobre privacidad:** El responsable del tratamiento de sus datos y los del menor inscrito es el Colegio Oficial de Médicos de las Islas Baleares. Puede contactar con el delegado de Protección de Datos del COMIB en [dpd@comib.com](mailto:dpd@comib.com). Tratamos los datos recogidos en el presente formulario para la organización y gestión de la Diada y del concurso y sorteo infantil que se llevarán a cabo durante la misma. Igualmente, podemos tratar su imagen y la del menor que le acompaña para dar la difusión a actividades, actos, eventos y concursos organizados por el COMIB. Tienen derecho a solicitar el acceso a sus datos personales, su rectificación, supresión o portabilidad, la limitación de su tratamiento, a oponerse al tratamiento, así como a presentar una reclamación ante una autoridad de control. Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la política de privacidad Diada a Aqualand del Colegio, disponible en [URL DE LAS BASES](#).

Firma del colegiado:

X

\_\_\_\_\_

En su caso, firma del padre, madre o tutor/a:

X

D/Dª \_\_\_\_\_, DNI \_\_\_\_\_

**Toma de fotografías:** Ud. autoriza expresamente al Colegio Oficial de Médicos de las Islas Baleares (COMIB) la captación, reproducción y difusión de su imagen/voz y la del menor tomada en esta Diada, principalmente, aunque de manera no limitativa, en la web del COMIB, revista Metges del COMIB, blogs o perfiles del COMIB en redes sociales, en publicaciones o a través de medios de comunicación, con las finalidades indicadas anteriormente.

Firma del colegiado/a:

X

\_\_\_\_\_

En su caso, firma del padre, madre o tutor/a:

X

D/Dª \_\_\_\_\_, DNI \_\_\_\_\_