

XIII JORNADAS ANDERSEN PARA PACIENTES CON INHIBIDOR Y SUS FAMILIAS
05 al 09 de julio de 2017

SOLICITUD

1. AUTORIZACIÓN FAMILIAR PARA MENORES DE EDAD SIN ACOMPAÑANTES:

D/D^a _____, solicito y autorizo a que mi hijo/a _____ asista a las "XIII Jornadas Andersen para Pacientes con Inhibidor 2017", organizadas por la Asociación Regional Murciana de Hemofilia y la Federación Española de Hemofilia, a celebrar del 05 al 09 de julio de 2017 en el "Centro de Formación Permanente en Hemofilia", La Charca, Totana (Murcia).

_____ de _____ de 2017. Fdo. _____ (PADRE, MADRE O TUTOR)

2. DATOS A RELLENAR DEL AFECTADO DE HEMOFILIA CON INHIBIDOR:

Nombre y Apellidos: _____
Domicilio _____
Localidad _____ CP _____ Provincia _____
Fecha Nacimiento _____ Teléfonos _____
DNI _____ E-mail _____
Asociación _____

3. OTROS ACOMPAÑANTES del AFECTADO DE HEMOFILIA CON INHIBIDOR:

Nombre y Apellidos del Padre _____
DNI _____ Trabajo/Estudios que realiza _____
Nombre y Apellidos de la Madre _____
DNI _____ Trabajo/Estudios que realiza _____
Hermanos/as:
1 _____ DNI _____ Edad _____
2 _____ DNI _____ Edad _____
3 _____ DNI _____ Edad _____

Hijos/as del afectado de Hemofilia con Inhibidor, nombre y apellidos:
1 _____ DNI _____ Edad _____
2 _____ DNI _____ Edad _____
3 _____ DNI _____ Edad _____

En caso de otros acompañantes especificar:
1 _____ DNI _____

En caso de disponer del Título de Familia Numerosa Especificar:

Número del título: _____
 General
 Especial

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de carácter personal, le informamos que sus datos obran en nuestros ficheros y que tiene el derecho de información en la recogida de los mismos a saber por qué y cómo son tratados sus datos personales y decidir en cuanto a su tratamiento. Puede ejercitar los derechos de consulta, acceso, rectificación, oposición y cancelación de sus datos contactando con: Asociación Regional Murciana de Hemofilia ó Federación Española de Hemofilia.

4. ¡IMPORTANTE!!

- **CADA ASISTENTE DEBE TRAER SU PROPIO FACTOR EN FUNCIÓN DE UN CONSUMO APROXIMADO PARA 5 DÍAS.**
- **ADJUNTAR UN INFORME MÉDICO ACTUALIZADO DEL AFECTADO CON INHIBIDOR.**
- **ADJUNTAR EL ÚLTIMO INFORME MÉDICO DE REHABILITACIÓN, SI SE DISPONE, U OTRAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS.**
- **ADJUNTAR UNA FOTO TAMAÑO CARNÉ.**

NO OLVIDAR

- El día **16 de junio se acaba el plazo de inscripción**. La reserva de plazas se hará por fecha de entrada de esta solicitud. Si la inscripción entra fuera de plazo o una vez cubierto el número de asistentes quedaría en reserva por orden de entrada. Hay plazas para entre 15 y 25 afectados con inhibidor.
- Sin límite de edad.
- Tienen prioridad aquellos que asisten por primera vez.
- Informe médico, FACTOR para 5 días y autorización para el menor que asista.

DESPLAZAMIENTO: Una vez la Asociación Regional Murciana de Hemofilia le ha confirmado su inscripción, el desplazamiento es gestionado ésta.

REMITIR TODA LA DOCUMENTACIÓN A: Asociación Regional Murciana de Hemofilia. C/ Lorca 139, Bajo 3. C.P. 30120 El Palmar (Murcia).
Telf.: 968 88 66 50 Fax: 968 88 45 76

MÁS INFORMACIÓN:

Asociación Regional Murciana de Hemofilia
Telf.: 968 88 66 50 / 968 88 45 76
Federación Española de Hemofilia
Telf.: 91 314 65 08

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de carácter personal, le informamos que sus datos obran en nuestros ficheros y que tiene el derecho de información en la recogida de los mismos a saber porqué y cómo son tratados sus datos personales y decidir en cuanto a su tratamiento. Puede ejercitar los derechos de consulta, acceso, rectificación, oposición y cancelación de sus datos contactando con: Asociación Regional Murciana de Hemofilia ó Federación Española de Hemofilia.