



CONCELLO DA MOI HOSPITALARIA VILA DE MONDARIZ BALNEARIO

SOLICITUDE

Nome e Apelidos:			
D.N.I.:		Teléfono:	
Dirección:			
En representación de:			

EXPÓN:

--

SOLICITA:

--

Mondariz Balneario, a de de .

SR. ALCALDE-PRESIDENTE DO CONCELLO DE MONDARIZ BALNEARIO

PROTECCIÓN DE DATOS: De acordo co establecido na Lei Orgánica 15/1999, informámoslle de que os seus datos persoais forman parte dun ficheiro, cuxo responsable é CONCELLO DE MONDARIZ BALNEARIO con domicilio social en Rúa da Constitución 1, 36890 MONDARIZ BALNEARIO (Pontevedra). A finalidade deste ficheiro é levar a cabo a correcta xestión dos servizos que presta o concello. Se o desexa poderá exercita-los dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición dirixíndose por escrito ó enderezo sinalado, achegando unha fotocopia do seu DNI.