

Declaración responsable
Solicitud de Aval SEME



Yo, _____,
con D.N.I. _____, en nombre y representación
de _____, con
domicilio en _____,
y C.I.F. _____

DECLARO:

Que la entidad a la que represento, en su calidad de solicitante del **Aval SEME** de una actividad formativa, cumple y se compromete a seguir cumpliendo con las normas éticas, deontológicas y legales que afecten a la profesión médica, incluidas las estipuladas expresamente por la Sociedad Española de Medicina Estética.

Igualmente, reconozco que la entidad cumple con la normativa de protección de datos vigente, a saber: Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril, así como con el Real Decreto Ley 5/2018, de 27 de julio, de medidas urgentes para la adaptación del Derecho Español a la normativa de la Unión Europea en materia de protección de datos.

Y para que conste y surta los efectos oportunos, firmo la presente declaración en _____, a ____ de _____ de 20__.