



GESTIONES PARA CENTROS ALTAS

ANEXO I.

Solicitud de acceso al Registro Español de Cirugía Cardíaca (RECC).

REGISTRO ESPAÑOL DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Procedimiento para el alta de un nuevo centro



Use este formulario para solicitar altas masivas en el RECC, por ejemplo en el momento en el que **comienza la solicitud de alta, por primera vez, de su centro en el RECC.**

Introduzca los datos de su **Centro**, los del **Responsable del Servicio o Unidad**, así como los de la persona que actuará como **Responsable Local del Registro** (Responsable de Información) y que representará al Responsable del Servicio o Unidad ante el Registro.

Por último introduzca en líneas diferentes, y separados por comas los datos de los **Usuarios** para los que solicita el acceso en nombre de su Centro.

Nombre del Centro *

Nombre del Responsable del Servicio o Unidad
Tendrá acceso como Participante al Registro y representará a su Centro ante el RECC a todos los efectos.

Email del Responsable del Servicio o Unidad *

Nombre del Responsable del Servicio o Unidad * Apellidos del Responsable del Servicio o Unidad *

DNI/NIE * Teléfono del Responsable del Servicio o Unidad *

Nombre del Responsable Local del Registro
Tendrá acceso como Participante al Registro y representará solidariamente al Responsable del Servicio o Unidad ante el RECC.

Email del Responsable Local del Registro *

Nombre del Responsable Local del Registro * Apellidos del Responsable Local del Registro *

DNI/NIE * Teléfono del Responsable Local del Registro *

Otros participantes en el Registro del centro o unidad

- No olvide completar todos los datos de tal y como desea que se inscriban en el RECC, incluyendo signos de acentuación u otros caracteres que considere necesarios.
- Recuerde que el correo electrónico no debe estar dado de alta previamente en el RECC. Por lo que si solicita el acceso para un usuario que ya exista como usuario de RECC en otro Centro, debe utilizar un correo diferente o contactar con el responsable de ese otro centro para, antes de solicitar su alta en el nuevo centro, tramite la baja de ese usuario del centro anterior.
- Si necesita más de 10 usuarios (incluyendo los dos representantes autorizados), en el campo: "Datos del Participante 11 y más", ANADA UNO POR LÍNEA, INCLUYENDO LOS DATOS ENTRE PARENTESIS. Siga este modelo: (Email) (Nombre) (Apellidos) (DNI/NIE) (Rol [p.e: Administrativo, Enfermero, Anestesiólogo, Intensivista, Cardiólogo o Cirujano])

.....

Email del Participante 3 *

Nombre del Participante 3 * Apellidos del Participante 3 *

DNI/NIE del Participante 3 Cargo del Participante 3

 Cirujano Anestesiólogo Cardiólogo Intensivista Enfermero
 Administrativo

.....

Email del Participante 4 *

Nombre del Participante 4 *
Apellidos del Participante 4 *

DNI/NIE del Participante 4
Cargo del Participante 4
 Cirujano Anestesiólogo Cardiólogo Intensivista Enfermero
 Administrativo

Email del Participante 5 *

Nombre del Participante 5 *
Apellidos del Participante 5 *

DNI/NIE del Participante 5
Cargo del Participante 5
 Cirujano Anestesiólogo Cardiólogo Intensivista Enfermero
 Administrativo

Email del Participante 6 *

Nombre del Participante 6 *
Apellidos del Participante 6 *

DNI/NIE del Participante 6
Cargo del Participante 6
 Cirujano Anestesiólogo Cardiólogo Intensivista Enfermero
 Administrativo

Email del Participante 7 *

Nombre del Participante 7 *
Apellidos del Participante 7 *

DNI/NIE del Participante 7
Cargo del Participante 7
 Cirujano Anestesiólogo Cardiólogo Intensivista Enfermero
 Administrativo

Email del Participante 8 *

Nombre del Participante 8 *
Apellidos del Participante 8 *

DNI/NIE del Participante 7
Cargo del Participante 8
 Cirujano Anestesiólogo Cardiólogo Intensivista Enfermero
 Administrativo

Email del Participante 9 *

Nombre del Participante 9 *
Apellidos del Participante 9 *

DNI/NIE del Participante 9
Cargo del Participante 9
 Cirujano Anestesiólogo Cardiólogo Intensivista Enfermero
 Administrativo

Email del Participante 10 *

Nombre del Participante 10 *
Apellidos del Participante 10 *

DNI/NIE del Participante 10
Cargo del Participante 10
 Cirujano Anestesiólogo Cardiólogo Intensivista Enfermero
 Administrativo

Datos del Participante 11 y más
AÑADA UNO POR LÍNEA, INCLUYENDO LOS DATOS ENTRE PARENTESIS. Siga este modelo: (Email) (Nombre) (Apellidos) (DNI/NIE) (Rol [p.e.: Administrativo, Enfermero, Anestesiólogo, Intensivista, Cardiólogo o Cirujano])

Aceptación de la Política de Privacidad

Aceptación Política Privacidad *
 El solicitante acepta explícitamente los términos expuestos en la página web: RECC: Política de Privacidad

Aceptación de las Bases del RECC *
 El solicitante acepta explícitamente los términos expuestos en la página web: RECC: Bases

...

2. CARÁCTER OBLIGATORIO O FACULTATIVO DE LA INFORMACIÓN FACILITADA POR EL USUARIO Los USUARIOS, mediante la cumplimentación de las casillas correspondientes y la entrada de datos en los campos en el formulario de contacto o inscripción presentados, aceptan expresamente y de forma libre e inequívoca, que sus datos son necesarios para atender su petición y habilitar su espacio en nuestra plataforma y/o portal del paciente. El USUARIO garantiza que los datos personales facilitados a FUNDACION CIRUGIA Y CORAZON son veraces y se hace responsable de comunicar cualquier modificación de los mismos. FUNDACION CIRUGIA Y CORAZON informa de que todos los datos solicitados a través del sitio web son obligatorios, ya que son necesarios para la prestación de un servicio óptimo al USUARIO. En caso de que no se faciliten todos los datos, no se garantiza que la información y servicios facilitados sean completamente ajustados a sus necesidades. El interesado garantiza que los datos aportados son verdaderos, exactos, completos y se encuentran actualizados; comprometiéndose a informar de cualquier cambio respecto de los datos que aportara, por los canales habilitados al efecto. Será responsabilidad del Usuario mantener permanentemente actualizados

todos sus datos personales.

En el supuesto de que el usuario facilite datos de terceros, declara que cuenta con el consentimiento de los interesados y se compromete a trasladarle la información contenida en esta cláusula, eximiendo a la organización de cualquier responsabilidad derivada por la falta de cumplimiento de la presente obligación.

.."

Enviar



SOLICITUD DE ALTA



SOLICITUD DE BAJA



CAMBIO DE GESTOR



PÁGINA PRINCIPAL



DOS AÑOS DE RECC



DIRECTORES DEL PROYECTO



COMITÉ CIENTÍFICO



BASES



CENTROS AFILIADOS



GESTIONES PARA USUARIOS

Su portal de referencia en Cirugía Cardiovascular y Endovascular.



Si desea recibir nuestro boletín mensual, con todas las noticias recopiladas en nuestro portal, complete su dirección de correo electrónico y pulse sobre el botón «Suscribirse».

Email

Suscribirse

NUESTROS PORTALES

Anterior a 2020
Último Congreso
Portal del Paciente
Mundo TAVI
Registro Español de Cirugía Cardiovascular

DOCUMENTACIÓN DE INTERES

Condiciones para anunciar cursos
Condiciones para publicar noticias
Solicitar el acceso a Grupos de Trabajo
Contactar con la SECCE

ACERCA DE S.E.C.C.E.

Contacto
Política de Privacidad
Terminos y Condiciones
Tratamiento de Cookies
Mapa del Sitio