

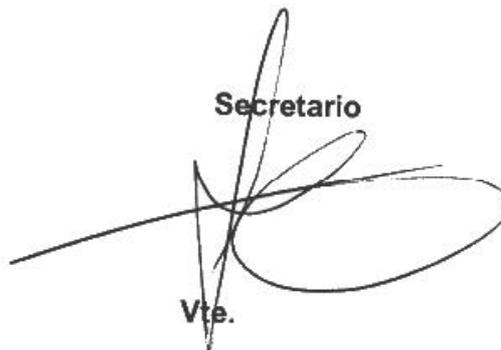
f) Nomina e inscripción en la Seguridad Social.

g) Alta inicio actividad (declaración censal) ante la Agencia Tributaria y alta como autónomo.

En Alicante, a ___ de _____ de _____.

Firma del solicitante: _____

SR. SECRETARIO DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE PROTESICOS DENTALES DE LA PROVINCIA DE ALICANTE

Secretario

Vte.

Quereda Montoya

D. Juan Vicente

NOTA : Cualquier consulta será atendida en la secretaria del Colegio Oficial de Protésicos Dentales de la Provincia de Alicante, ubicado en la C/ San Carlos número 134, 1º derecha o en el número de teléfono 965146937.

DATOS DOMICILIACION BANCARIA

TITULAR DE LA CUENTA: _____
(Dejar en blanco si es el mismo)

ENTIDAD BANCARIA: _____

AGENCIA: _____

DIRECCIÓN DEL BANCO: _____

CP: _____ CIUDAD: _____

NºC/C (20 dígitos) _____

Señores:

Ruego a Vds. Que los recibos por conceptos de cuotas, girados a mi cargo por el Colegio Oficial de Protésicos Dentales de Alicante sean adeudadas en la Cta./Lta. Número _____ que poseo en esa agencia. De antemano, muchas gracias.

En Alicante, a ____ de _____ de _____

Firma:

CONSENTIMIENTO EXPRESO AL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.

Mediante la firma del presente documento autorizo el tratamiento de mis datos de carácter personal y la inclusión de éstos en el fichero de CLIENTES del *Colegio Oficial de Protésicos Dentales de la Provincia de Alicante*, que tiene como finalidad la prestación de servicios profesionales.

De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación, mediante escrito dirigido a *Colegio Oficial de Protésicos Dentales de la Provincia de Alicante C/ San Carlos, 134,1º , 03013 Alicante* ,adjuntando copia de cualquier documento que acredite su identidad (NIF).

Conforme a la normativa existente en materia de Protección de datos, se informa que mediante la firma del presente escrito, el afectado consiente expresamente que los datos de carácter personal por él aportados, derivados de su relación comercial con *Colegio Oficial de Protésicos Dentales de la Provincia de Alicante*, sean utilizados tanto para el correcto desarrollo de nuestros servicios profesionales como para el envío de ofertas comerciales de empresas de nuestro grupo y de terceras entidades con las que se establezcan vínculos contractuales de colaboración.

El interesado firma el presente documento en prueba de conformidad con lo anteriormente expuesto, en Alicante, a ____ de _____ de 2.00_.

Fdo: _____
NIF:



COPRODA

Colegio Oficial de Protésicos
Dentales de la Provincia
de Alicante

IMPORTANTE:

Las cuotas de inscripción para el ingreso al Colegio de Protésicos Dentales de La Provincia de Alicante serán satisfechas en su integridad . La baja colegial no exime el pago de las cuotas.

Las cuotas debidas con los intereses y gastos que se generen se procederá a su reclamación .

Firma: