



SOLICITUD DE ALTA EN LA COLEGIACION POR

COLEGIADO Nº _____

D/D^a _____

Natural de _____ provincia de _____ y con D.N.I. nº _____

Nacido el _____, Dirección _____ nº _____

C.P. _____ Población y Provincia _____, teléfonos _____

Email (mayúscula) _____.

Expone que:

Que ha terminado los estudios de _____, E.U.E. o Facultad _____ con fecha _____, Especialidad, Master o Doctorado en _____, según acredita con los documentos de los cuales entrego fotocopia compulsada por esta Institución y declaro no encontrarme inhabilitada/o para ejercer la profesión.

Centro de trabajo _____ servicio _____ desde _____ (Plaza en propiedad o eventual) _____ Nivel acreditación profesional _____

Solicita:

Que previos los trámites oportunos se sirva darle de alta en el Colegio de su digna presidencia **(por Traslado.** **Reingreso** , **Reingreso de Cese Desempleo** **o Nueva alta** y el pago obligatorio en todos los colegios de España de la cuota de entrada, abonando **148 EUROS** en concepto de cuota de entrada ó **37 EUROS** (al ser residente en Córdoba y acreditando no haber ejercido la profesión con anterioridad, mediante vida laboral actualizada a la fecha de solicitud de alta) y demás documentos adjuntos, comprometiéndome desde el ingreso a acatar en todo su articulado los estatutos de la Organización Colegial y reglamento de régimen interior del Colegio, como igualmente velar por el prestigio y dignidad de la profesión.

Documentos a adjuntar:

- TITULO O RESGUARDO Y CERTIFICADO ACADÉMICO PARA NUEVA ALTA (ORIGINAL Y FOTOCOPIA)
- PAGO DE LA CUOTA DE INGRESO Y DOMICILIACION BANCARIA FIRMADA
- 2 FOTOGRAFIAS TAMAÑO CARNET
- FOTOCOPIA DNI

INFORMACIÓN RELATIVA A PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 13 del Reglamento (UE) 2016/679 (RGPD), le informamos de que los datos que nos facilite mediante el presente formulario van a ser incorporados a un fichero responsabilidad de COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE CÓRDOBA, y tratados con base en el consentimiento del interesado, así como en cumplimiento de una obligación legal, con la finalidad de dar de alta y gestionar la relación colegial, formación e información. Sus datos serán comunicados a la entidad bancaria para la gestión del cobro de las cuotas colegiales, y serán accesibles al Consejo General de Enfermería y al Consejo Andaluz de Enfermería. Los datos recabados en el presente formulario serán conservados durante el tiempo necesario para prestar el servicio colegial y, posteriormente, hasta la prescripción de posibles responsabilidades. En todo caso podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición, portabilidad y oposición a decisiones automatizadas, mediante el envío de un correo electrónico a coleg14@consejogeneralenfermeria.org, o mediante correo postal a C/ Velázquez Bosco nº 3, 14003, Córdoba. En caso de que entienda que sus derechos no han sido atendidos por COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE CÓRDOBA de forma adecuada, tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

Por ser de justicia en Córdoba, a _____ de _____ de _____

Fdo:

DADA CUENTA DE LA PRESENTE SOLICITUD EN LA REUNION DE LA COMISIÓN EJECUTIVA CELEBRADA EL DÍA _____ DE _____ DE _____ SE ACORDÓ _____.

Vº Bº
EL PRESIDENTE

LA SECRETARIA

Fdo: Florentino Pérez Raya

Fdo: Antonia Ordóñez Solano

ILMO. SR. PRESIDENTE DEL COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERIA. CORDOBA



Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA CORE

SEPA CORE Direct Debit Mandate

Referencia de la orden de domiciliación:
Mandate reference

La referencia del mandato no puede exceder de 35 caracteres y solo puede contener caracteres: A-Z, a-z, 0-9+/-.
Mandate Reference may not exceed 35 characters and must consist of the following characters only: A-Z, a-z, 0-9+/-.

A cumplimentar por el acreedor- to be completed by the creditor

Identificador del acreedor

E S 6 8 0 0 0 Q 1 4 6 6 0 0 3 I

Creditor Identifier

Dato facilitado por su entidad.

Nombre del Acreedor : COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE CÓRDOBA

Creditor's Name

Dirección : C/ VELÁZQUEZ BOSCO, 3

Address

Código Postal –Población : 14003 - CÓRDOBA

Postal Code- City

Provincia – País : ESPAÑA

Town-Country

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

By signing this mandate form, you authorise (A) the Creditor to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the Creditor. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within eight weeks starting from the date on which your account was debited. Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.

A cumplimentar por el deudor | to be completed by the debtor

Nombre del deudor/es :

Name of the debtor(s)

(Titular/es de la cuenta de cargo- Account holder/s)

Dirección del deudor :

Address of the debtor

Código postal - Población :

Postal code and city of the debtor

Provincia - País del deudor :

Town- Country of the debtor

Swift-BIC del banco deudor :

Swift-BIC of the debtor bank

Número de cuenta- IBAN :

Account number of the IBAN

Tipo de pago :

Payment type

Pago recurrente

Recurrent payment

Fecha - Localidad :

Date- Location where you are signing

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.
UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.
ALL GAPS ARE MANDATORY. ONCE THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED MUST BE SENT TO CREDITOR FOR STORAGE.

AVISO INFORMATIVO RELATIVO A LA PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 13 del Reglamento (UE) 2016/679 (RGPD), le informamos de que los datos que nos facilite mediante el presente formulario van a ser incorporados a un fichero responsabilidad de COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE CÓRDOBA, y tratados con base en el consentimiento del interesado, así como en cumplimiento de una obligación legal, con la finalidad de gestionar el cobro de las cuotas colegiales.

Los datos recabados serán comunicados a Consejo Andaluz de Enfermería, Consejo de Enfermería. Igualmente serán accesibles a la entidad bancaria para la gestión de cobro de cuotas colegiales. Podrán ser accesibles a prestadores de servicios tecnológicos vinculados a COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE CÓRDOBA, con los que está establecido el pertinente contrato de tratamiento de datos.

Los datos serán conservados durante el tiempo necesario para la prestación del servicio colegial, y posteriormente, hasta la prescripción de posibles responsabilidades.

La no cumplimentación de los datos personales recogidos en el presente documento, impedirá a COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE CÓRDOBA tramitar la domiciliación.

En todo caso podrá, en cualquier momento, revocar el consentimiento otorgado y ejercer sus derechos de acceso, rectificación, revocación, oposición, limitación, portabilidad y oposición a decisiones automatizadas, mediante el envío de un correo electrónico a coleg14@consejogeneralmenfermeria.org, o por correo postal a C/ Velázquez Bosco nº3, 14003, Córdoba.

Si entiende que sus derechos no han sido atendidos correctamente por COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE CÓRDOBA, tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

Fdo. _____