COLEGIO OFICIAL
DE DENTISTAS DE ALMERÍA

C/. Los Picos, 5- Entr. 7 • 04004 ALMERIA • Teléfono 950 26 72 78 • Fax 950 24 49 57

AUTORIZACIÓN DOMICILIACIÓN BANCARIA

Sr. Director del Banco/Caja, _____
C/ _____C:P: _____
Población _____Provincia _____

Estimado/as Sr./a.
Ruego tengo la amabilidad de cursar las oportunas instrucciones para que, hasta nuevo aviso sean hechos efectivos en la cuenta,

IBAN				ENTIDAD				OFICINA				DC		NUMERO DE CUENTA									

los recibos que el **Ilustre Colegio Oficial de Dentistas de Almería,** presentará a mi nombre con el concepto "Cuota Colegio Profesional, Póliza de Responsabilidad Civil Profesional y/o Recetas y/o Eventos (si procede)".

De conformidad con la Ley de Protección de Datos de Carácter personal 15/1999, **Ilustre Colegio Oficial de Dentistas de Almería** le informa que los datos recogidos en esta autorización van a ser incorporados al fichero **"Colegiados"** del Colegio Profesional. Dichos datos personales serán tratados con la única finalidad de realizar los cargos oportunos en la cuenta específica derivados de la relación entre las partes, previamente pactados.
Estos datos, serán únicamente cedidos a las entidades financieras con las que trabajamos para llevar a cabo esta actuación.
El titular podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y/o cancelación ante **Ilustre Colegio Oficial de Dentistas de Almería** mediante cualquier medio de comunicación.

Titular
Nombre/Razón Social: _____
NIF/CIF: _____
Dirección: _____
C.P.: _____
Población /Provincia: _____/ _____
Representante.
Nombre y apellidos: _____
DNI: _____
Fdo: _____
En _____, a ____de _____de 20__.