

LISTADO DE DOCUMENTOS QUE SE ENTREGAN CON LA
SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

COLEGIADO EJERCIENTE

1. Solicitud de Colegiación por duplicado
2. Fotocopia del DNI
3. Dos fotografías (tamaño carnet)
4. Justificante bancario del pago de las tasas de Colegiación.....
 - Sabadell, nº de cuenta: ES8400810626950001299430
 - Cuantía: 200€ de inscripción + 60€
5. Fotocopia compulsada del Título de Diplomado/Graduado en Logopedia.....

(se puede compulsar de forma gratuita en el CLM: traer original y fotocopia).
6. Copia del contrato de trabajo o solicitud de alta en la Seguridad Social.....
7. Orden de Consentimiento de domiciliación bancaria.....

SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

COLEGIADO EJERCIENTE

DON/DOÑA _____

NIF: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DOMICILIO: _____

POBLACION: _____ C.P.: _____ PROVINCIA: _____

TEL./ MÓVIL1/ MÓVIL2: _____ / _____ / _____

EMAIL: _____

CENTRO DE TRABAJO: _____

DIRECCIÓN: _____ C.P.: _____ POBLACIÓN: _____

Solicito la incorporación al Colegio Profesional de Logopedas de Murcia, comprometiéndome a cumplir con la normativa y estatutos de dicho Colegio.

Igualmente me comprometo a comunicar al Colegio Profesional de Logopedas de Murcia cualquier cambio en mi situación laboral.

CARNET

CORREO

Firma del Solicitante:

Fecha:

En cumplimiento del Artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos forman parte de nuestros ficheros inscritos en la AEPD. La recogida y tratamiento de los datos personales tiene como finalidad atender su solicitud, en este sentido autoriza expresamente al Colegio Profesional de Logopedas de la Región de Murcia al tratamiento de los mismos y la comunicación de sus datos a los órganos necesarios para la gestión, tramitación y resolución de su colegiación. Usted puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos obrantes en el fichero en Colegio Profesional de Logopedas de la Región de Murcia, Av. Miguel de Cervantes, Nº 43 – Bajo. 30009 Murcia.

LISTADO DE DOCUMENTOS QUE SE ENTREGAN CON LA
SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

COLEGIADO EJERCIENTE

1. Solicitud de Colegiación por duplicado
2. Fotocopia del DNI
3. Dos fotografías (tamaño carnet)
4. Justificante bancario del pago de las tasas de Colegiación.....
 - Sabadell, nº de cuenta: ES8400810626950001299430
 - Cuantía: 200€ de inscripción + 60€
5. Fotocopia compulsada del Título de Diplomado/Graduado en Logopedia.....

(se puede compulsar de forma gratuita en el CLM: traer original y fotocopia).
6. Copia del contrato de trabajo o solicitud de alta en la Seguridad Social.....
7. Orden de Consentimiento de domiciliación bancaria.....

SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

COLEGIADO EJERCIENTE

DON/DOÑA _____

NIF: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DOMICILIO: _____

POBLACION: _____ C.P.: _____ PROVINCIA: _____

TEL./ MÓVIL1/ MÓVIL2: _____ / _____ / _____

EMAIL: _____

CENTRO DE TRABAJO: _____

DIRECCIÓN: _____ C.P.: _____ POBLACIÓN: _____

Solicito la incorporación al Colegio Profesional de Logopedas de Murcia, comprometiéndome a cumplir con la normativa y estatutos de dicho Colegio.

Igualmente me comprometo a comunicar al Colegio Profesional de Logopedas de Murcia cualquier cambio en mi situación laboral.

CARNET

CORREO

Firma del Solicitante:

Fecha:

En cumplimiento del Artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos forman parte de nuestros ficheros inscritos en la AEPD. La recogida y tratamiento de los datos personales tiene como finalidad atender su solicitud, en este sentido autoriza expresamente al Colegio Profesional de Logopedas de la Región de Murcia al tratamiento de los mismos y la comunicación de sus datos a los órganos necesarios para la gestión, tramitación y resolución de su colegiación. Usted puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos obrantes en el fichero en Colegio Profesional de Logopedas de la Región de Murcia, Av. Miguel de Cervantes, Nº 43 – Bajo. 30009 Murcia.

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA
SEPA Direct Debit Mandate

A cumplimentar por el acreedor
To be completed by the creditor

Referencia de la orden de domiciliación: _____
Mandate reference

Identificador del acreedor: _____
Creditor Identifier

Nombre del acreedor / Creditor's name _____

Dirección / Address _____

Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town _____

País / 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 / Debtor's name
(titular/es de la cuenta de cargo) _____

Dirección del deudor / Address of the debtor _____

Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town _____

País del deudor / Country of the debtor _____

Swift BIC / Swift BIC (puede contener 8 u 11 posiciones) / Swift BIC (up to 8 or 11 characters) _____

Número de cuenta - IBAN / Account number - IBAN _____

En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando siempre por ES
Spanish IBAN of 24 positions always starting ES

Tipo de pago: _____
Type of payment

Pago recurrente **O** **Pago único**
Recurrent payment *or* *One-off payment*

Fecha – Localidad: _____
Date - location in which you are signing

Firma del deudor: _____
Signature of the debtor

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.