

LISTADO DE DOCUMENTOS QUE SE ENTREGAN JUNTO A LA
SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

TRASLADO

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: 60€ o 20 € (ejerciente o no ejerciente respectivamente)
5. Copia del contrato de trabajo o alta en la Seguridad Social (*sólo en caso de ejercientes*).....
6. Fotocopia compulsada Título Diplomado/Graduado en Logopedia y otra documentación aportada en el Colegio Profesional de Logopedas de origen.....
7. Certificado de Obligaciones Colegiales (*solicitar antes de darse de baja del Colegio de procedencia*).....
8. Orden de Consentimiento de domiciliación bancaria.....

SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

COLEGIADO POR TRASLADO

DON/DOÑA: _____

NIF: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DOMICILIO: _____

POBLACIÓN: _____ CP: _____ PROVINCIA: _____

TEL./ MÓVIL1/MÓVIL2: _____

EMAIL: _____

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.

COLEGIACIÓN COMO EJERCIENTE NO EJERCIENTE
 CARNET CORREO

Firma del Solicitante:

Fecha:

LISTADO DE DOCUMENTOS QUE SE ENTREGAN JUNTO A LA
SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

TRASLADO

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: 60€ o 20 € (ejerciente o no ejerciente respectivamente)
5. Copia del contrato de trabajo o alta en la Seguridad Social (*sólo en caso de ejercientes*).....
6. Fotocopia compulsada Título Diplomado/Graduado en Logopedia y otra documentación aportada en el Colegio Profesional de Logopedas de origen.....
7. Certificado de Obligaciones Colegiales (*solicitar antes de darse de baja del Colegio de procedencia*).....
8. Orden de Consentimiento de domiciliación bancaria.....

SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

COLEGIADO POR TRASLADO

DON/DOÑA: _____

NIF: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DOMICILIO: _____

POBLACIÓN: _____ CP: _____ PROVINCIA: _____

TEL./ MÓVIL1/MÓVIL2: _____

EMAIL: _____

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.

COLEGIACIÓN COMO EJERCIENTE NO EJERCIENTE
 CARNET CORREO

Firma del Solicitante:

Fecha:

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 **0** **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.