



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE NUEVOS COLEGIADOS

A RELLENAR POR LA ADMINISTRACIÓN

Nº Colegiado: _____ Fecha de alta: _____

Apellidos: _____ Nombre: _____

Domicilio: _____ Código postal: _____

Población: _____ Provincia: _____

DNI: _____ Fecha Nacimiento: _____ Telf.fijo: _____

Telf.Móvil: _____ E-Mail: _____

Centro de Trabajo: _____ Telf.Laboral: _____

Domicilio Centro de Trabajo: _____

Autorizo al Ilustre Colegio de Fisioterapeutas de la Región de Murcia a enviarme información interna (Noticias, promociones, convocatorias y otras) de interés al colegiado por medio del correo electrónico (marcar la casilla en caso afirmativo).

DOCUMENTACIÓN A ADJUNTAR

DOCUMENTOS APORTADOS	VISADO COLEGIAL	
	ADMINISTRACIÓN	
<ul style="list-style-type: none">Fotocopia compulsada del Título Oficial de Diplomado o Graduado en Fisioterapia o Certificación supletoria del Título oficial por el rector de la Universidad.		Firma:
<ul style="list-style-type: none">Fotocopia compulsada D.N.I.		JUNTA DE GOBIERNO
<ul style="list-style-type: none">Una fotografía tamaño carnet (papel o jpg).		Firma:
<ul style="list-style-type: none">Domiciliación de adeudo directo SEPA.		
<ul style="list-style-type: none">Copia del comprobante de ingreso de 54€, correspondientes a los 4 primeros meses, en Caja Rural Central. Cuenta corriente: ES06 3005 0059 1921 7895 9827		

IMPORTE DE LA CUOTA

Cuota ORDINARIA ANUAL: 162 euros; repartidos en 3 pagos de 54 euros que son domiciliados y se harán efectivos en los meses de Enero, Mayo y Septiembre.

En _____ a _____ de _____ de _____

Fdo.: _____

Vd. podrá en cualquier momento ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición en los términos establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, en la siguiente dirección: C/ María Guerrero, 13, Bajo, 30002 Murcia.



TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

En cumplimiento de la Ley 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos personales serán introducidos en nuestros ficheros automatizados, creados bajo la responsabilidad del Ilustre Colegio de Fisioterapeutas de la Región de Murcia, el cual se encuentra debidamente inscrito en el Registro General de Protección de Datos, con la finalidad de gestión de colegiados. La negativa a suministrar los datos necesarios supondrá la imposibilidad de la colegiación.

Le informamos que sus datos van a ser cedidos a las Administraciones Públicas, Juzgados y Tribunales que legalmente lo soliciten, así como a la Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España.

Asimismo, sus datos serán cedidos a la correduría de seguros, así como a la compañía aseguradora encargada de realizar los seguros de responsabilidad civil para colegiados.

Si no desea que sus datos sean cedidos marque la siguiente casilla

Sus datos van a ser utilizados para la remisión de convenios, acuerdos comerciales suscritos con otras entidades, productos, y ofertas formativas y comerciales que sean de su interés.

Si no desea que sus datos sean utilizados con los fines publicitarios expuestos marque la siguiente casilla

Sus datos profesionales (nombre y apellidos, número de colegiación, títulos oficiales de los que está en posesión, domicilio profesional y situación de habilitación profesional) serán publicados en la web del colegio en cumplimiento Ley 25/2009, de 22 de diciembre, de modificación de diversas leyes para su adaptación a la Ley sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio (LEY OMNIBUS), por la que se establece la obligación de crear una ventanilla única en los colegios profesionales.

El colegiado declara que los datos personales y profesionales facilitados son exactos y se compromete a comunicar al colegio cualquier modificación de los mismos en cumplimiento del Art. 15 e) del Estatutos del Colegio.

1. COLEGIADO EJERCIENTE	2. COLEGIADO NO EJERCIENTE
Yo, _____, declaro no hallarme inhabilitado legalmente para el ejercicio de la profesión y que mi domicilio profesional se halla en el ámbito territorial del Colegio de Fisioterapeutas de la Región de Murcia. Fdo.: _____	Yo, _____, declaro no hallarme inhabilitado legalmente para el ejercicio de la profesión. Fdo.: _____



ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA

A cumplimentar por el acreedor	Referencia de la orden de domiciliación: RF
	Identificación del acreedor: Q-8055017-A
	Nombre del Acreedor: ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE FISIOTERAPEUTAS DE LA REGIÓN DE MURCIA Dirección : C/ María Guerrero, nº 13-bajo-
	Código postal – Población – Provincia 30002 MURCIA, MURCIA

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 e 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.

A cumplimentar por el deudor	Nombre del deudor:
	Dirección del deudor:
	Código Postal: _____ Población: _____ Provincia: _____ Pais del Deudor: _____
	Swift BIC: _____ Número de cuenta/IBAN: _____
	Fecha: _____ Localidad: _____
	Firma del Deudor:

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE

UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.

LOPD; El Ilustre Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Región de Murcia, le informa que los datos de carácter personal recabados, serán objeto de tratamiento en nuestros ficheros, con finalidad de confirmar la orden de domiciliación.

Vd. podrá en cualquier momento ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición en los términos establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, en la siguiente dirección: C/ María Guerrero, 13, Bajo, 30002 Murcia.