



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE TITULADOS
MERCANTILES Y EMPRESARIALES
DE ARAGÓN

SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

Don _____,
en posesión del título de _____,
natural de _____ provincia de _____, nacido el día __ de _____
de _____, con domicilio en _____, calle _____,
núm. _____, código postal _____, e-mail _____

SOLICITA LA COLEGIACIÓN EN LA CONDICIÓN DE:

EJERCIENTE, CON FECHA

- de forma individual
- a través de sociedad profesional (Ley 2/2007)

NO EJERCIENTE, CON FECHA

(1) Marque lo que proceda.

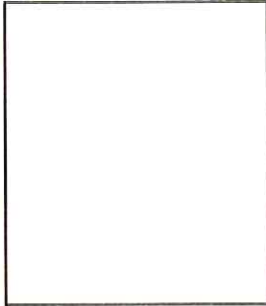
En Zaragoza, de _____ de 200 .

ILMO. SR. PRESIDENTE DEL COLEGIO OFICIAL DE TITULADOS MERCANTILES Y EMPRESARIALES DE ZARAGOZA.

De acuerdo con lo establecido en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa al titular de los datos que éstos, así como aquellos que se pongan de manifiesto durante su tiempo de vigencia en el Colegio Oficial de Titulados Mercantiles y Empresariales de Aragón, Se incorporarán a un fichero del que es Responsable el propio colegio, con la finalidad de tramitar la inscripción, facilitar el contacto entre las dos partes, y facilitar la gestión administrativa del colegio. El titular autoriza el tratamiento de los mismos así como las comunicaciones de datos necesarias para la mejor prestación de los servicios, y la comunicación de los datos a hacienda con la finalidad de permitir la presentación telemática de impuestos a los colegiados. También autoriza la cesión de datos a otros colegiados con la finalidad de facilitar el contacto y la prestación e servicios entre ambas partes. El titular podrá ejercitar ante el responsable del fichero los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos, dirigiendo su reclamación a la sede del Responsable, situada en el Pasco Maria Agustin, 4-6, Local 6 (Pasaje Ebrosa), 50004 Zaragoza



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE TITULADOS
MERCANTILES Y EMPRESARIALES
DE ARAGÓN



DATOS PARA LA COLEGIACIÓN

DNI _____	
Apellidos _____	Nombre _____
Domicilio _____	Nº _____ Piso _____
Población _____	Provincia _____
Código Postal _____	E-mail _____
Tfno. Prof. _____	Tfno. Part. _____ Móvil _____
Nacido en _____	Fecha de Nacimiento _____
Título _____	
Especialidad _____	
Centro Universitario _____	Fin de estudios _____

Solicita la colegiación en su condición de:

EJERCIENTE

- De forma individual
 A través de Sociedad Profesional

Nombre de la Sociedad Profesional _____

A efectos de lo dispuesto en la Ley 2/2007 de Sociedades Profesionales y cualquier otra normativa aplicable, manifiesta y declara bajo su responsabilidad, no estar incurso en causa de incompatibilidad, inhabilitación o cualquier otra limitación para el legal ejercicio de su profesión.

NO EJERCIENTE

Firma del Colegiado.

En Zaragoza, ___ de _____ de 20 ____ .

ILMO. SR. PRESIDENTE DEL COLEGIO OFICIAL DE TITULADOS MERCANTILES Y EMPRESARIALES DE ZARAGOZA.

De acuerdo con lo establecido en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa al titular de los datos que éstos, así como aquellos que se pongan de manifiesto durante su tiempo de vigencia en el Colegio Oficial de Titulados Mercantiles y Empresariales de Aragón, Se incorporarán a un fichero del que es Responsable el propio colegio, con la finalidad de tramitar la inscripción, facilitar el contacto entre las dos partes, y facilitar la gestión administrativa del colegio. El titular autoriza el tratamiento de los mismos así como las comunicaciones de datos necesarias para la mejor prestación de los servicios, y la comunicación de los datos a hacienda con la finalidad de permitir la presentación telemática de impuestos a los colegiados. También autoriza la cesión de datos a otros colegiados con la finalidad de facilitar el contacto y la prestación e servicios entre ambas partes. El titular podrá ejercitar ante el responsable del fichero los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos, dirigiendo su reclamación a la sede del Responsable, situada en el Paseo María Agustín, 4-6, Local 6 (Pasaje Ebrosa), 50004 Zaragoza.

AUTORIZACIÓN DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

Sr. Director del Banco/Caja

Sucursal:

Dirección:

Fecha:

Muy Sr. mío:

Le ruego tenga a bien tomar nota para que sean atendidos con cargo a mi cuenta los recibos que a mi nombre presente el Ilustre Colegio Oficial de Titulados Mercantiles y Empresariales de Aragón por compensación, para el pago de las cuotas colegiales.

Entidad	Sucursal	D.C.	Cuenta Corriente / Ahorro
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Firma:

Firmado (Nombre y Apellidos):

N.I.F.:

Domicilio:

COPIA PARA EL BANCO



Corte por aquí

Información a remitir a la Secretaría del Ilustre Colegio Oficial de Titulados Mercantiles y Empresariales de Aragón.
P.º María Agustín, 4-6 (local 6) 50004 Zaragoza

DATOS BANCARIOS

Nombre y Apellidos	Colegiado n.º:
Entidad Financiera:	
Sucursal:	
Domicilio Entidad:	

Firma:

Códigos Bancarios:

Entidad	Sucursal	D.C.	Cuenta Corriente / Ahorro
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

COPIA PARA EL COLEGIO