



### DOMICILIACIÓN BANCARIA

Apellidos											
Nombre											
Entidad bancaria											
Agencia / Oficina											
Dirección											
Código Postal						Localidad					
Nº IBAN. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>											

Señores:

Ruego a Vds. que los recibos por conceptos de cuotas, girados a mi cargo por el Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Cantabria sean adeudados en la Cuenta / Libreta. Número IBAN..... que poseo en esa agencia.

Muchas gracias

En..... a..... de..... de.....

----------------------

### FIRMA

El solicitante manifiesta su consentimiento informado para que los datos incluidos en el presente formulario formen parte de un fichero automatizado, responsabilidad del Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Cantabria, para que sean tratados con la finalidad de posibilitar el ejercicio por parte de este Ilustre Colegio, de cuantas actividades sean necesarias para cumplir los fines que la ley le encomienda, así como la defensa de sus miembros, todo ello de acuerdo con lo expresamente señalado en la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal.

El solicitante deberá completar todos los campos del formulario adjunto con información veraz, completa y actualizada, a excepción de aquellos que se indiquen de cumplimiento opcional. En caso contrario, la solicitud de ingreso podrá ser rechazada.

El solicitante podrá hacer valer en todo momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de los que sea titular, mediante notificación al Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Cantabria C/ Cisneros 76-C Bajo, Santander, C. P. 39.007, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal.

