

AUTORIZACIÓN DE CESIÓN DE DATOS A ENTIDADES BANCARIAS Y ASEGURADORAS

Con la finalidad de realizar el cobro correspondiente a las cuotas de colegiación al Colegio Profesional de Logopedas de Extremadura, éste utilizará una base de datos que permite realizar con las entidades bancarias los trámites correspondientes. Dado que en dicha base de datos figura información identificativa de los colegiados y de su cuenta bancaria, es necesario obtener la previa autorización del interesado para transferir en formato electrónico dichos datos, según exige la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal. “Los datos de carácter personal objeto del tratamiento sólo podrán ser comunicados a un tercero para el cumplimiento de fines directamente relacionados con las funciones legítimas del cedente y del cesionario con el previo consentimiento del interesado”. Igualmente es necesaria la autorización para poder ceder los datos imprescindibles a las entidades aseguradoras para la contratación de seguros para nuestros colegiados. Le informamos por tanto de la existencia de dicha base de datos sobre la que podrá ejercer derechos de información, acceso, oposición, rectificación y cancelación de datos previstos en la Ley y le solicitamos que autorice al Colegio Profesional de Logopedas de Extremadura a transferir los datos necesarios en formato electrónico a la entidad BANCO SABADELL ES15 0081 1524 86 0001107415 y, a su vez, a comunicarlos a la entidad bancaria en la que tenga domiciliada su cuenta con el objeto de que se pueda proceder a los cobros de cuotas correspondientes a su colegiación. Igualmente para transferir los datos imprescindibles a la entidad aseguradora que en un futuro pudiera ser colaboradora en este Colegio. Para ello es suficiente que rellene y firme el formulario de la segunda mitad de esta hoja y la remita completa, junto al resto de la solicitud, al Colegio Profesional de Logopedas de Extremadura C/ Thomas Edison Nº 30 CP. 06800 Mérida (Badajoz)

IMPRESO DE AUTORIZACIÓN DE CESIÓN DE DATOS

D/Dña. _____ con
DNI _____ autoriza al Colegio Profesional de Logopedas de Extremadura a transferir sus datos en formato electrónico a la entidad bancaria BANCO SABADELL ES15 0081 1524 86 0001107415 -o a la que en un futuro pudiera ser colaboradora de este Colegio- , y para que éstos puedan a su vez ser comunicados a la entidad bancaria en la que está domiciliada mi cuenta, con el objeto de que se pueda proceder a los cobros correspondientes a las cuotas colegiales. Igualmente autorizo la cesión de los datos imprescindibles a la compañía que en un futuro pudiera firmar concierto con este Colegio para poder contratar los Seguros que crean oportunos para los colegiados.

En _____ a _____ de _____ de 20_____.

FDO: _____

DOMICILIACIÓN BANCARIA PARA ENVIAR A LA SEDE DEL COLEGIO PROFESIONAL DE LOGOPEDAS DE EXTREMADURA

NOMBRE Y APELLIDOS _____

TITULAR DE LA CUENTA

TITULAR DE LOS RECIBOS

ENTIDAD BANCARIA

DATOS BANCARIOS

Código IBAN

Código Entidad

Código Sucursal

D.C.

Número de cuenta:

Firmado en _____ a ____ de _____ de 2.01_

El/la arriba firmante declara que los datos expresados son correctos

A LA SECRETARIA DEL COLEGIO PROFESIONAL DE LOGOPEDAS DE EXTREMADURA

DOMICILIACIÓN BANCARIA

Para entregar en la entidad bancaria.

Sr/a Director/a:

Autorizo que, hasta orden contraria, paguen a cargo de mi cuenta los recibos que le presente el Colegio Profesional de Logopedas de Extremadura (COLOGEX).

NOMBRE Y APELLIDOS _____

TITULAR DE LA CUENTA

TITULAR DE LOS RECIBOS

ENTIDAD BANCARIA

DATOS BANCARIOS

Código IBAN Código Entidad Código Sucursal D.C. Número de cuenta:

Firmado en _____ a ____ de _____ de 2.01_