

FORMULARIO DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

Los campos marcados con un asterisco* son OBLIGATORIOS.

Número de colegiado/a
MAD

DATOS DEL SOLICITANTE		
Nombre del colegiado/a*:	Primer Apellido colegiado/a*:	Segundo Apellido del colegiado/a*:
Nombre del titular de la cuenta*:	Primer Apellido del titular de la cuenta*:	Segundo Apellido del titular de la cuenta*:
Número de documento (DNI/NIE) del titular de la cuenta*:		
Nombre de la entidad bancaria*:		
Dirección de la entidad bancaria*:		
Población*:	Provincia*:	Código Postal*:

IBAN ENTIDAD OFICINA DC NÚM. DE CUENTA
ES

Firma autorizando a retirar las cantidades que apruebe la Asamblea General.

Firma del solicitante	Firma/Sello del CODINMA
-----------------------	-------------------------

En _____, a _____ de _____ de 20__.

Protección de Datos

En virtud de la Ley 15/1999 de 13 de diciembre, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal, hacemos saber que sus datos serán incorporados a un fichero responsabilidad del Colegio de Dietistas-Nutricionistas de Madrid con CIF: Q2082395J. La finalidad de este fichero será la de gestionar el abono de su colegiación o de cualquier otro servicio prestado por esta entidad y que deba ser abonado. Estos datos no serán transmitidos a terceras personas.

Si desea ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación u oposición, podrá dirigirse a CODINMA, C/Diego de León, 47 (Centro de Negocios Melior), 28006 Madrid, o bien, enviar un correo electrónico a secretaria@codinma.es

Colegio Profesional de Dietistas-Nutricionistas de la Comunidad de Madrid (CODINMA)

C/ Diego de León 47, 28006 Madrid

Tel: 918388573 / 654214820 secretaria@codinma.es