CODINMA

FORMULARIO DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

Los campos marcados con un **asterisco*** **son OBLIGATORIOS**.

Número de colegiado/a
MAD

DATOS DEL SOLICITANT E		
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:

E	S																						

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

Firma del solicitante	Firma/Sello del CODINMA

En , a de de 20 .

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS COLEGIADOS

RESPONSABLE: COLEGIO PROFESIONAL DE DIETISTAS NUTRICIONISTAS DE MADRID (CODINMA)(Q2802395J), C/ DIEGO DE LEÓN 47 (28006 Madrid) - info@codinma.es, **FINALIDADES:** Para obtener la autorización de la domiciliación bancaria (SEPA) del interesado, requisito indispensable para poderse colegiar.
LEGITIMACIÓN: Ejecución del contrato. **DESTINATARIOS:** Entidades necesarias para la domiciliación.
CONSERVACIÓN: Durante el alta en el Colegio y, finalizada ésta, durante los plazos exigidos por ley para atender eventuales responsabilidades. **DERECHOS:** Puede ejercer su derecho de acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación y oposición dirigiéndose a los datos del responsable. En caso de divergencias, puede presentar una reclamación ante la Agencia de Protección de Datos (www.aepd.es).