



Col·legiat Núm:

## SOL·LICITUD DE COL·LEGIACIÓ PROVISIONAL

### **EMPLENAR AMB MAJÚSCULES**

COGNOMS I NOM .....

D.N.I. .... TELÈFON. ....

ADREÇA .....

NÚM. .... PIS. .... PORTA. .... ESCALA. .... C.P. ....

POBLACIÓ ..... COMARCA .....

ADREÇA CORREU ELECTRÒNIC .....

ASSEGURANÇA DE RESPONSABILITAT CIVIL:  SI  NO

DADES BANCÀRIES 

--	--	--	--

ESTANT EN POSSESIÓ DEL TÍTOL DE ..... AMB DATA .....

### **SOL·LICITA:**

Ser donat/da d'alta al Col·legi Oficial de Diplomats en Infermeria de Girona en data .....

procedent de ..... amb els drets i deures que atorguen els Estatuts col·legials.

Signat:

Girona, ..... de ..... del 200 ...

D'acord amb la LO 15/1999 de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal, l'informem que les seves dades de caràcter personal seran incorporades en el Fitxer Col·legiats del Col·legi Oficial de Diplomats en Infermeria de Girona amb la finalitat de portar a terme les funcions pròpies del Col·legi i de mantenir-lo informat, per qualsevol mitjà de comunicació, de les nostres accions comercials. Així mateix dóna el seu consentiment perquè el Col·legi posi a disposició de tercers les seves dades per la realització d'activitats que el Col·legi porti a terme per la promoció dels seus membres i/o les comuniqui a tercers i/o empreses per oferir-li serveis que puguin ser del seu interès.

Marqui aquesta casella si no desitja rebre comunicacions comercials.

Marqui aquesta casella si no desitja que es cedeixin les seves dades personals.

En compliment de lo disposat en la Llei Orgànica 15/1999 de 13 de desembre de protecció de dades de caràcter personal els usuaris podran exercir en qualsevol moment els drets d'accés, rectificació, oposició i cancel·lació de les seves dades mitjançant sol·licitud dirigida al Col·legi de Diplomats en Infermeria de Girona C/ Berenguer Carnicer 2 1er A, apartat de correus 210, 17001-Girona.

### **CONFIRMACIÓ PAGAMENT:**

TARGETA DE CRÈDIT

INGRES COMPTE BANCARI (0081.0086.00.0001307534)

Segell Entitat Bancària: