



Avda. de las Américas, 23 Bajo B.  
 06800 - MÉRIDA  
 Tlf. y Fax: 924 373 638  
 E-mail: [colegioextremadura@colprodentaex.com](mailto:colegioextremadura@colprodentaex.com)

**SOLICITUD DE COLEGIACIÓN                      N° COLEGIADO..... AÑO.....**

En virtud de lo establecido en la Ley 1/2000, de 16 de marzo, de creación del Colegio Profesional de Protésicos Dentales de Extremadura, manifiesto mi condición de Protésico Dental, y por tanto solicito a la Junta de Gobierno del Colegio, mi incorporación al mismo, aceptando cumplir con lo dispuesto en los Estatutos del Colegio Profesional de Protésicos Dentales de Extremadura, así como los acuerdos de los órganos de Gobierno y demás normativas que le afecten.

**DATOS PERSONALES**

Nombre..... Apellidos.....  
 Domicilio.....Nº..... Piso..... Letra.....  
 Población.....Provincia.....C.P. ....  
 Teléfono..... Fax.....Móvil.....e-mail.....  
 D.N.I./N.I.F.....

**DATOS PROFESIONALES**

Titulado.....**Entregar fotocopia compulsada.**  
 Habilitado.....**Entregar fotocopia del certificado de habilitación compulsada.**  
 Trabaja:  
 - cuenta propia            - cuenta ajena            -ejerciente            - no ejerciente  
 Laboratorio donde realiza la actividad: Nombre o Razón social.....  
 Director Técnico D. ....  
 Dirección del laboratorio, calle/.....  
 Nº..... Piso..... Letra..... Población.....  
 Provincia.....C. Postal.....Teléfono.....  
 Fax..... E-mail.....  
 Tengo empleados a mi cargo: SI.....NO..... N° empleados.....

**TRASLADO DE EXPEDIENTE**

¿Está usted colegiado en otro Colegio Profesional?

Si..... NO.....

Provincia en la cual está inscrito.....

Colegio de procedencia.....

¿Va a realizar un traslado de expediente? SI.....No.....

Causas del traslado o cambio de Colegio.

- Cambio de Domicilio.....
- Baja Voluntaria.....
- Perdida de condición de colegiado por incumplimiento de las funciones de éstos.....
- Desvinculación de la profesión.....
- Otras causas.....

El abajo firmante, declara la veracidad de los datos aquí expresados y solicita le sea concedida la colegiación.

....., a.....de.....de.....

Fdo.:.....

**A LA JUNTA DE GOBIERNO**

## CUOTAS DE INGRESO Y ORDINARIA DE COLEGIACIÓN: FORMAS DE PAGO

**Cuota de ingreso: 100 Euros** (A abonar hasta en tres mensualidades)

### Cuota Ordinaria:

- a) Cuota Colegio Profesional de Protésicos Dentales de Extremadura, para **Colegiados Ejercientes: 30,00 Euros/mes.**
- b) Cuota Colegio Profesional de Protésicos Dentales de Extremadura, para **Colegiados no Ejercientes: 10,00 Euros/mes.**
- c) **Cuota Consejo General: 7.58 Euros/mes.**

### DATOS DOMICILIACIÓN BANCARIA

Titular de la cuenta bancaria:..... NIF.....

Calle.....Nº Teléfono.....

Población.....Provincia.....

Código cuenta - - - - / - - - - / - - / - - - - -

Entidad Oficina D.C. Número de Cuenta

Entidad bancaria..... Calle.....

Autorizo a la entidad bancaria mencionada a pagar de mi cuenta arriba indicada los recibos presentados al cobro por el Colegio Profesional de Protésicos Dentales de Extremadura.

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

Firma del titular de la cuenta:

.....

### PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES:

A los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica de Regulación del Tratamiento Automatizado de Datos de Carácter Personal, este Colegio Profesional de Protésicos Dentales de Extremadura informa, que cuantos datos personales figuran en este documento, así como cuantos datos personales sean facilitados en cualquier momento y de forma voluntaria, serán incluidos en un fichero automatizado de datos de carácter personal creado y mantenido bajo la responsabilidad del Colegio.

A dicho fichero, cuya finalidad principal es la de mantener la relación con el colegiado y de prestar al mismo el servicio, el Colegiado podrá acceder personalmente con objeto de solicitar la rectificación, baja o modificación de sus datos personales.

**LA JUNTA DE GOBIERNO.**