



# COLEGIO PROFESIONAL DE PROTÉSICOS DENTALES DE ANDALUCÍA

ANEXO I

SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

Nº DE COLEGIADO

En virtud de lo establecido en la Ley 7/1998, de 14 de diciembre, de creación del Colegio Profesional de Protésicos Dentales de Andalucía, y de acuerdo con sus artículos 3º y 4º, 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 Andalucía, 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..... e-mail.....  
D.N.I. / N.I.F..... **(Entregar Fotocopia)**  
Nacionalidad..... Pasaporte..... Tarjeta de residencia.....  
Fecha de nacimiento.....  
Resido habitualmente en el ámbito territorial de la Comunidad Andaluza: Si..... No.....  
Remitir fotografía tamaño carnet Si..... No.....

## DATOS PROFESIONALES

Titulado..... **(Entregar fotocopia compulsada)**  
Habilitado..... **(Entregar fotocopia del certificado de habilitación compulsada)**  
Realiza su actividad profesional por cuenta propia: Si..... No.....  
En caso de trabajador por cuenta ajena que no desee pagar la Cuota de Ingreso, es necesario demostrarlo fehacientemente con el *Certificado de afiliación a la Seguridad Social* ó *fotocopia de la última nómina de trabajo* ó *contrato de trabajo*.  
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..... Email.....  
Tengo Licencia de Fabricantes de Productos Sanitarios a Medida: Si..... No.....  
Tengo empleados a mi cargo: Si..... No..... Nº empleados.....  
Deseo recibir la correspondencia en laboratorio: Si..... No.....  
¿Estuvo anteriormente colegiado en el Colegio Profesional de Protésicos Dentales de Andalucía? Si..... No..... Nº.....

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

En....., a..... de..... de 20.....

Fdo.: \_\_\_\_\_

A LA JUNTA DE GOBIERNO

### Domicilio Social

C/Benito Más y Prat, 5. Planta 1ª. Oficina 2. Edificio "Los Mundiales" (41005 Sevilla)  
Teléfono: 954 641 546 - Contabilidad: 954 631 613 - Fax 954 641 916  
Mail secretaría: [administracion@cppda.es](mailto:administracion@cppda.es) / Mail Dpto. Contabilidad: [contabilidad@cppda.es](mailto:contabilidad@cppda.es)  
Web: <http://www.cppda.es>

SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

Nº DE COLEGIADO

**CUOTAS DE INGRESO Y ORDINARIA DE COLEGIACIÓN****FORMAS DE PAGO**- **Cuota de ingreso: 400 €** (desde el 20 de Marzo de 2010).- **Cuota Ordinaria:** Se girarán recibos mensuales el día 10 de cada mes.a) Cuota Colegio Profesional de Protésicos Dentales de Andalucía, **30,00 €**(desde Enero de 2.013).b) Cuota Consejo General de Colegios Profesional de Protésicos Dentales de España. **3,50 €**(desde Enero de 2.017).**Número de c/c del Colegio Profesional de Protésicos Dentales de Andalucía (ES08 - 0081 - 7302 - 88 - 0001200626)****DATOS DOMICILIACIÓN BANCARIA**

Titular de la cuenta bancaria: ..... NIF.....  
 Calle..... N° Teléfono.....  
 Población..... Provincia.....  
 Código Postal.....

**Código Cuenta Cliente CCC:** ES\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 (Código cuenta cliente)

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 Andalucía.

En....., a..... de..... de 20.....

Firma del titular de la cuenta:

Fdo.: \_\_\_\_\_

**PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES**

A los efectos de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, consiento expresamente que mis datos personales sean registrados en una base de datos, titularidad del Colegio Profesional de Protésicos Dentales de Andalucía. De igual forma autorizo expresamente a que los mismos sean objeto de tratamiento para atender mis solicitudes, así como a que me mantengan informado de actividades promocionales. Esta comunicación podrá efectuarse desde el mismo momento en que facilito mis datos. De la misma forma, consiento expresamente que los datos relativos a mi perfil profesional puedan ser comunicados a terceros interesados en éste, al objeto de facilitar mi puesta a disposición de los mismos.

Fdo.: \_\_\_\_\_

**A LA JUNTA DE GOBIERNO****Domicilio Social**

C/Benito Más y Prat, 5. Planta 1ª. Oficina 2. Edificio "Los Mundiales" (41005 Sevilla)

Teléfono: 954 641 546 - Contabilidad: 954 631 613 – Fax 954 641 916

Mail secretaría: [administracion@cppda.es](mailto:administracion@cppda.es) / Mail Dpto. Contabilidad: [contabilidad@cppda.es](mailto:contabilidad@cppda.es)Web: <http://www.cppda.es>