



ALTA / VARIACIÓN DE DIRECCIONES DE EJERCICIO PROFESIONAL Y RESIDENCIA

Apellidos		
Nombre		
DOMICILIO PARTICULAR		
Dirección		
Localidad		Código Postal
Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	Correo Electrónico
<input type="checkbox"/> No poseo actualmente dirección/es de ejercicio profesional , me comprometo a comunicarlo al Colegio en el momento de inicio de mi actividad profesional, mediante el envío del correspondiente impreso (Zona Impresos página internet www.dentistascadiz.com)		
DOMICILIO PROFESIONAL 1		
Denominación		
Dirección		
Localidad		Código Postal
Teléfono 1	Teléfono 2	Fax
Web		Email
<input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Temporal / <input type="checkbox"/> Autónomo / <input type="checkbox"/> Por cuenta ajena: <input type="checkbox"/> Público: <input type="checkbox"/> Sistema Sanitario Público Andalucía <input type="checkbox"/> Otras Administraciones Públicas / <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Privado Concertado		
DOMICILIO PROFESIONAL 2		
Denominación		
Dirección		
Localidad		Código Postal
Teléfono 1	Teléfono 2	Fax
Web		Email
<input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Temporal / <input type="checkbox"/> Autónomo / <input type="checkbox"/> Por cuenta ajena: <input type="checkbox"/> Público: <input type="checkbox"/> Sistema Sanitario Público Andalucía <input type="checkbox"/> Otras Administraciones Públicas / <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Privado Concertado		
DOMICILIO PROFESIONAL 3		
Denominación		
Dirección		
Localidad		Código Postal
Teléfono 1	Teléfono 2	Fax
Web		Email
<input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Temporal / <input type="checkbox"/> Autónomo / <input type="checkbox"/> Por cuenta ajena: <input type="checkbox"/> Público: <input type="checkbox"/> Sistema Sanitario Público Andalucía <input type="checkbox"/> Otras Administraciones Públicas / <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Privado Concertado		

Deseo recibir la correspondencia emitida por este Colegio Oficial en (MARCAR una opción):
D. PARTICULAR **D. PROFESIONAL 1** **D. PROFESIONAL 2** **D. PROFESIONAL 3**
 (En caso de no indicar nada se enviará la correspondencia a D. PROFESIONAL 1, o a D. PARTICULAR si no constase).

..... de de 2

Firma,



DOMICILIACIÓN BANCARIA

(El envío a la entidad bancaria lo tramitará el Colegio)

Banco o Caja	
Dirección	
Localidad	Código Postal
Teléfono	Fax

Cuenta Bancaria															
Entidad				Oficina				D.C.		Nº de Cuenta					

Sr. Director Sucursal:

Le ruego que a partir de la fecha sean abonados por esa entidad y con cargo a mi cuenta arriba indicada, los recibos que le sean presentados al cobro por el **ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE CÁDIZ (C.I.F. Q-6155021-F)**.

..... de de 2

Firma,

Nombre y Apellidos

D.N.I.



PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

UTILIZACIÓN Y CESIÓN IMPLÍCITA

A efectos de **dar cumplimiento a la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal** (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre y normativa de desarrollo), te comunicamos que **tus datos personales** comunicados a este Colegio Oficial **figuran incluidos en el fichero de datos de Colegiados adscritos a esta Corporación y destinados al cumplimiento de los fines que la legislación vigente atribuye a este Colegio Oficial**. Puedes acceder a tus datos, rectificarlos y cancelarlos (en el caso de que no estén destinados al logro de la actividad o fines de este Colegio Oficial). **El referido fichero de datos lo posee este Colegio Oficial, el Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España y el Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Dentistas. SÓLO SERÁN CEDIDOS a dichas Corporaciones** ó a otros Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos (Dentistas) que en un futuro pudieras colegiarte o desempeñar tu labor profesional y **destinados únicamente al cumplimiento de los fines que la legislación vigente atribuye a dichas Corporaciones**. **Esta cesión de datos va implícita con tu pertenencia a esta Corporación**. El responsable de los referidos ficheros es el **Secretario** de las respectivas Corporaciones citadas. Este Colegio Oficial se compromete a extremar el cumplimiento de su obligación de secreto y custodia de los datos de carácter personal y adoptará todas las medidas necesarias para evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado.

CESIÓN A TERCEROS RELACIONADOS CON LA ODONTO-ESTOMATOLOGÍA

TE COMUNICAMOS IGUALMENTE QUE EN REITERADAS OCASIONES SON REQUERIDAS LAS DIRECCIONES DE COLEGIADOS (listados ó etiquetas) **por TERCEROS** (Dentistas, Depósitos Dentales, Laboratorios, Publicaciones, Guías Profesionales, Empresas o Particulares relacionados con nuestro sector, etc) **CON FINES DE PUBLICIDAD O PROSPECCIÓN COMERCIAL SOBRE TEMAS O ACTIVIDADES QUE PODEMOS CONSIDERAR DE INTERÉS DIRECTO PARA NUESTRA PROFESIÓN**. Para poder realizar dicha cesión, y en base a lo prevenido en la legislación que regula el tratamiento automatizado de los datos de carácter personal, **NECESITAMOS CONTAR CON TU CONSENTIMIENTO EXPRESO**, que puedes otorgarnos firmando en la casilla de la derecha:

Firma:

CESIÓN A TERCEROS NO RELACIONADOS CON LA ODONTO-ESTOMATOLOGÍA

A efectos de extremar la protección de datos de carácter personal, y al no estar destinados al cumplimiento de los fines que la legislación vigente le confiere, este Colegio Oficial **NO CONTEMPLA LA POSIBILIDAD (CON CARÁCTER GENERAL) DE CEDER DATOS A OTRAS ENTIDADES CON FINES DE PUBLICIDAD O PROSPECCIÓN COMERCIAL SOBRE TEMAS O ACTIVIDADES QUE CONSIDEREMOS NO RELACIONADAS CON LA ODONTO-ESTOMATOLOGÍA**.

..... de de 2

Firma,