

DOMICILIACIÓN BANCARIA DE CUOTA COLEGIAL

Nombre con DNI

autoriza al Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de las Islas Baleares a cobrar las cuotas cuatrimestrales de los vencimientos correspondientes en la cuenta corriente número (por favor, rellenar los veinte dígitos):

<input type="text"/>																			
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

ENTIDAD

SUCURSAL

DC

Nº CUENTA

En a de de 20

Firmado:

Le informamos que los datos personales obtenidos mediante este formulario, así como su dirección de correo electrónico, serán incorporados en un fichero del cual es responsable el COL·LEGI OFICIAL DE TERAPEUTES OCUPACIONALS DE LES ILLES BALEARS, con la finalidad de atender sus consultas y enviarle información relacionada con la entidad que pudiera ser de su interés. El COTOIB se compromete a usar los datos recogidos mediante este formulario, únicamente para la finalidad anteriormente mencionada.

El interesado declara tener conocimiento del destino y uso de los datos personales recogidos mediante la lectura de la presente cláusula.

El envío de este e-mail implica la aceptación de las cláusulas expuestas.

Si desea ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición en los términos establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, puede hacerlo a la siguiente dirección: C /REVENDO FRANCISCO SITJAR, 1. ESPACIO EMPRESARIAL 1/37, 07010 PALMA DE MALLORCA.