



COLEGIO OFICIAL DE PROTÉSICOS DENTALES
DE CASTILLA LA MANCHA

REQUISITOS NECESARIOS PARA EL INGRESO EN EL COLEGIO DE PROTÉSICOS DENTALES DE CASTILLA LA MANCHA

- Estar en posesión del Título Oficial en Prótesis Dental o Habilitación Profesional.
- Ser mayor de edad.
- No estar sometido a causa de incapacidad o incompatibilidad para el ejercicio de la profesión.
- Satisfacer las cuotas de ingreso y cumplir los requisitos que se establecen en los Estatutos.

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA COLEGIACIÓN

1.- Fotocopia **compulsada** del Título acreditativo como Protésico Dental:

- Fotocopia del Título Oficial en Prótesis Dental.
- Fotocopia de la Habilitación Profesional.
- Fotocopia de la Homologación Profesional.

2.- Fotocopia del D.N.I.

3.- *Justificante del pago de la cuota de ingreso, aprobada en Asamblea General.

4.- Los protésicos que vayan a ser contratados por cuenta ajena deberán incluir un escrito firmado y sellado por el Titular Responsable del Laboratorio para el que van a trabajar, o bien un informe de vida laboral actualizado, confirmando así su situación de empleado.

5.- Una fotografía (Tamaño carnet).

6.- Solicitud de ingreso debidamente cumplimentada y firmada por el interesado.

7.- Colegiados -NO EJERCIENTES -Informe de vida laboral actual. (Los colegiados en esta situación deberán presentar un informe de vida laboral actualizado cada seis meses.)

*El importe de la cuota de ingreso es **150,00.-€** tanto para los Protésicos que sean Titulares de Laboratorio como para los Protésicos Asalariados o los que trabajen como Autónomos. Los traslados de expediente de Protésicos Dentales que pertenezcan a Colegios de otras Comunidades Autónomas no tendrán que abonar la cuota de ingreso justificando que se está a corriente de pago en el Colegio de procedencia. El pago se hará al Colegio Oficial de Protésicos Dentales en la Cta. de **UNICAJA Banco - IBAN: ES67 2103 7208 5100 3001 4649**. La cuota mensual para ejercientes es de **32.- €**. La cuota para los no ejercientes es de **12.-€** mensuales. (Las cuotas pueden abonarse trimestralmente)

COLEGIO OFICIAL DE PROTÉSICOS DENTALES DE CASTILLA LA MANCHA
-SECRETARÍA-

C/ Doctor Bonardell, 15. Edif. Juan de Austria. Of. 3
13600 Alcázar de San Juan (Ciudad Real)
Tfno.: 926 55 13 01 - 902 18 09 54



COLEGIO OFICIAL DE PROTESICOS DENTALES
DE CASTILLA LA MANCHA

A la Secretaría del Colegio Oficial de Protésicos Dentales de Castilla la Mancha:

Datos Personales:

D. /Dña.....,
DNI....., nacido el..... y con domicilio
en C/.....
Código Postal.....localidad.....Provincia.....
Teléfono fijo.....Teléfono móvil.....e-mail.....

Nº IBAN - Cuenta Corriente-:
Forma de Pago Mensual Forma de Pago Trimestral

Datos del Laboratorio:

Nombre del Laboratorio donde ejerce.....
C/..... N°..... C.P.....Localidad.....
Teléfono: e-mail laboratorio.....

Ejerciente SI NO Titular Responsable: Asalariado:

Especialidad:

Prótesis Fija: Prótesis Removible: Ortodoncia:

Otros: (especificar).....

EXPONE:

Que teniendo la titulación de Protésico Dental según se establece en la Ley 10/1986 de 17 de Marzo o de acuerdo con lo previsto en el Real Decreto 1594/1994 tal como se recoge en el documento o título de (1) de fecha.....expedido por (2) ejerce su profesión en la localidad de..... Provincia..... y no estando sometido a causa de incapacidad o incompatibilidad para el ejercicio de la profesión.

Solicita a la Secretaría:

El ingreso como miembro del Colegio Oficial de Protésicos Dentales de Castilla la Mancha, comprometiéndose a satisfacer puntualmente con las cuotas colegiales establecidas y a cumplir escrupulosamente con los Estatutos del Colegio, su Código Deontológico, así como con los acuerdos de los Órganos de Gobierno y demás normativas que le afecten.

Firmado:

En..... a..... de..... de 20.....-

(1) Título de Protésico Dental o Certificado de Habilitación Profesional.

(2) Organismo que concede el Título o Certificado de Habilitación Profesional.

INFORMACIÓN DE PROTECCIÓN DE DATOS A COLEGIADOS

¿Quién es el responsable del tratamiento de sus datos?

- Identidad: COLEGIO OFICIAL DE PROTÉSICOS DENTALES DE CASTILLA LA MANCHA
- Dirección postal: C/ Dr. Bonardell 15, 1º Oficina 3, 13600, Alcázar de San Juan
- Teléfono: 926551301
- Delegado de Protección de Datos: Secretaría del Colegio.
- Correo electrónico del DPD: colegio@proteticosdentales.org

¿Con qué finalidad y por cuánto tiempo tratamos sus datos personales?

- Como finalidad principal tratamos sus datos para:
 - La gestión del alta y registro de colegiados.
 - El cobro de recibos de la cuota de colegiado y demás servicios ofrecidos por nuestro Colegio.
- Tratamos sus datos los plazos exigidos por ley para cumplir con las obligaciones derivadas.

¿Cuál es la legitimación para el tratamiento de sus datos?

- La base legal de los tratamientos con la finalidad principal son:
 - Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales.
 - Estatutos particulares

¿A qué destinatarios se comunicarán sus datos?

- Los destinatarios de los datos que se tratan con la finalidad principal son:
 - Agencia Tributaria, para la gestión fiscal.
 - Bancos, Cajas de Ahorro y Cajas Rurales para el cobro de cuotas y servicios colegiales.
 - Consejo General, para la elaboración del censo general y otros servicios relacionados.
- La base de legitimación es la misma que para las finalidades principales.

¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos?

- Cualquier persona tiene derecho a obtener confirmación sobre si en la entidad estamos tratando datos personales que les conciernen o no, a acceder a sus datos personales, así como a solicitar la rectificación de los datos inexactos o, en su caso, solicitar su supresión cuando, entre otros motivos, los datos ya no sean necesarios para los fines que fueron recogidos.
- Cuando el tratamiento tenga su base legal en el consentimiento, tendrá derecho a revocar dicho consentimiento en cualquier momento, sin que ello tenga carácter retroactivo.
- Las personas interesadas además tienen derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos si considera que el tratamiento de datos no es acorde con la normativa de protección de datos.

-AUTORIZACIÓN CUENTA BANCARIA PARA GIRO DE RECIBOS-

Don/Dña.con DNI nºy
domicilio en.....CP nºde.....
Provincia

AUTORIZA

Al Colegio Oficial de Protésicos Dentales de Castilla La Mancha, provisto de CIF nº Q-1300293-F para que, desde la fecha de la presente y con carácter indefinido en tanto continúe la situación de colegiado, gire al número de cuenta bancaria especificada en la presente autorización de la que es titular, todos los recibos correspondientes a cualquier tipo de cuotas colegiales que se originen como consecuencia de su relación con el Colegio, según lo exigido por la Ley de Servicios de Pago 16/2009.

-DATOS Y CONFIRMACIÓN DE LA ENTIDAD BANCARIA-

Nombre de Entidad Bancaria:

Domicilio de la Entidad Bancaria:

Nº IBAN: ES.....

-FIRMA DEL TITULAR-

Manifiesta el firmante que los datos facilitados son verdaderos y que, en su caso, tiene poderes suficientes para la presente autorización.

Firma de la persona/as titular/es y sello de la empresa.

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