

**SOLICITUD
CERTIFICADO DE PAGO DE CUOTAS COLEGIALES**

D./DÑA. _____ COLEGIADO Nº: _____

CON D.N.I. _____, CON DOMICILIO EN _____

CALLE _____ Nº _____ PISO _____ LETRA _____

CP _____ LOCALIDAD _____ PROVINCIA _____

E-MAIL _____ TELÉFONO _____

EXPONE:

QUE PRECISA CERTIFICACIÓN COLEGIAL PARA SU PRESENTACIÓN EN _____

EN LA QUE HAGA CONSTAR:

LAS CUOTAS COLEGIALES SATISFECHAS DURANTE (INDICAR EL PERIODO DE TIEMPO) _____

SOLICITA:

LA EMISIÓN DEL CORRESPONDIENTE CERTIFICADO.

CASTELLÓN, A ____ DE _____ DE ____

Firma:

Información básica sobre Protección de datos:

Responsable: ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE CASTELLON; Finalidad: Prestar los servicios solicitados y enviar comunicaciones comerciales; Legitimación: Ejecución de un contrato, interés legítimo del Responsable, consentimiento del interesado; Destinatarios: Están previstas cesiones de datos a: Ciudadanos que así lo soliciten, Colegios Profesionales y Registros Mercantiles, Entidades financieras, Mutualidades y Compañías aseguradoras; Derechos: Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, indicados en la información adicional, que puede ejercer dirigiéndose a lopd@addecuo.es o C/ NATURALISTA RAFAEL CISTERNAS 4, PUERTA 8 PISO 3; Procedencia: El propio interesado; Información adicional: En la web de la entidad www.colegiodentistascastellon.es

SR. SECRETARIO DEL COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE CASTELLÓN