COLEGIO DE DENTISTAS
DE SEGOVIA

Datos de Domiciliación Bancaria

D./Dª.: _____

Colegiado/a Nº: _____

Muy señores míos:

Ruego a ustedes que, hasta nuevo aviso, presenten al cobro los recibos de este **Colegio de Dentistas de Segovia** en el cuenta corriente abajo indicada:

Caja o Banco: _____

Calle: _____

Localidad: _____

Provincia: _____

Código Postal: _____

Cuenta Corriente: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Segovia, _____ de _____ de _____

Firnado: _____

Se informa a los señores colegiados que los gastos de devolución que pudieran ocasionarse por cualquier causa ajena a esta institución serán por cuenta del colegiado.

Los datos que figuran en este formulario serán incluidos en la base de datos que existe en este Colegio de Dentistas de Segovia y que tiene por finalidad el cumplimiento de los fines asignados a los Colegios Profesionales por la Ley 2/1974, de 13 de Febrero, de Colegios profesionales (artículo 5J) y su información será utilizada por las autoridades colegiales para dichos fines. es obligatoria la cumplimenatción de este cuestionario, en el caso de que los datos recabados hayan sufrido variación desde la última comunicación y su negativa cuando sea improcedente podrá dar lugar a la imposición de las sanciones procedentes por imcumplimiento del deber establecido en el artículo 18.2b de los Estatutos Generales de los Odontólogos y Estomatólogos y de su Consejo General aprobados por real Decreto 2828/1998, de 23 de diciembre. Los datos relativos a nombre, título, profesión, actividad, grado académico dirección e indicación de su pertenencia a este colegio serán publicados en la próxima edición del anuario y en la página web, y serán facilitados a quien lo solicite. En cualquier momento puede solicitar información de los datos obrantes en este fichero y solicitar su rectificación en lo que sean inexactos o incompletos y su cancelación.