

SOLICITUD DE REINCORPORACIÓN

Sr. Decano:

D/D^a _____, colegiado/a AO _____, con domicilio en _____, población _____, por la presente solicito me sea concedida la reincorporación a este Colegio Oficial de Psicología, una vez abonados los recibos pendientes de pago hasta la fecha de la reincorporación:

Deuda anterior (si la hubiera) a fecha _____: _____ € que abono a la firma del presente documento, mediante transferencia o ingreso en el Banco Sabadell, cuenta ES05 0081 0659 41 0001047805 (se adjunta fotocopia).

En caso de modificación de mi número de cuenta bancaria, cobro mediante cargo en mi cuenta bancaria número:

Banco _____ Sucursal _____ D.C. _____ Cuenta _____

LIQUIDACIÓN:

SEMESTRE _____	IMPORTE: _____	€.	FECHA COBRO: _____
SEMESTRE _____	IMPORTE: _____	€.	FECHA COBRO: _____
SEMESTRE _____	IMPORTE: _____	€.	FECHA COBRO: _____
SEMESTRE _____	IMPORTE: _____	€.	FECHA COBRO: _____
SEMESTRE _____	IMPORTE: _____	€.	FECHA COBRO: _____
	TOTAL: _____	€.	

Firmo el nuevo carnet y entrego dos fotografías para su renovación.

No será efectiva la reincorporación si se produjeran recibos devueltos impagados a su vencimiento.

La reincorporación tendrá validez una vez abonados todos los recibos.

Como colegiado los datos personales que nos facilita en este formulario, ya deben estar incorporados a nuestro fichero de datos de colegiados responsabilidad del COPAO, en el caso de que alguno de ellos no lo estuviese, será incorporado o actualizado, al fichero de colegiados responsabilidad de esta entidad, cuya finalidad es prestar nuestros servicios a los colegiados, y cuyo tratamiento está legitimado por la relación colegial y por el consentimiento del interesado. Los datos se conservaran mientras se encuentre de alta en este colegio y posteriormente el tiempo necesario para cumplir con las obligaciones legales.

Le recordamos que podrá ejercer los derechos que la ley le confiere, poniéndose en contacto con el COPAO, por escrito, o por correo electrónico en la dirección copao@cop.es.

Desde el colegio queremos enviarte información sobre, actividades, eventos, ofertas y convenios, que te pueden interesar, necesitamos tu consentimiento. SI [] NO []

a la Fundación Española de Psicología y Salud, solo en los casos en los que el titular de los datos se matricule en alguno de los cursos de formación que esta organice, y al Consejo General de Psicología si decide inscribirse en alguna sección o comisión. SI [] NO []

Firmo la presente en conformidad en _____, a ____ de _____ de _____

El Decano,

El Tesorero,

El/la interesado/a,

