



INFORMACIÓN GENERAL CUMPLIMENTACIÓN AUTORIZACIÓN CUENTA BANCARIA PARA ADEUDOS DOMICILIARIOS

Estimado/a colegiado/a:

Debemos cumplir con lo establecido en la nueva LEY DE SERVICIOS DE PAGOS en relación a una Directiva de la Unión Europea sobre SERVICIOS DE PAGO EN EL MERCADO INTERIOR (PSD) para poder MANTENER CON NUESTROS colegiados la FORMA DE PAGO VIGENTE: ADEUDOS DOMICILIARIOS.

A tales efectos nos es IMPRESCINDIBLE disponer POR ESCRITO de la AUTORIZACIÓN firmada y sellada por Vds. para su Entidad Financiera atienda con normalidad los recibos que presentamos a su cargo correspondientes a las cuotas colegiales (semestrales) prestados a Vds.

Para cumplir con dicho fin, adjuntamos el impreso denominado “AUTORIZACIÓN CUENTA BANCARIA PARA GIRO DE CUOTAS COLEGIALES” rogando rellenen el mismo con todos los datos y Entidad Bancaria, nos lo firmen y fechen en sus lugares correspondientes y procedan a su remisión a la sede del Colegio Profesional para cumplir con lo dispuesto en la normativa antes indicada. (Se adjunta un modelo para devolver firmado).

Sin otro motivo y agradeciéndoles de antemano la atención prestada para con la presente, aprovechamos la ocasión para enviarles un cordial saludo.

Fdo. Juan Luis Mora Gómez

Secretario

www.colegiologopediaclm.com

info@colegiologopediaclm.com

Le informamos que los datos personales que voluntariamente nos facilita a través del presente documento forman parte de un fichero bajo responsabilidad del COLEGIO PROFESIONAL DE LOGOPEDAS DE CASTILLA LA MANCHA, resultan necesarios para la tramitación y gestión de su solicitud, autorizando de manera expresa a la posible cesión de la citada información referida a datos de carácter personal, a los Organismos Públicos y Privados necesarios para la gestión citada. Puede ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación u oposición ante el COLEGIO PROFESIONAL DE LOGOPEDAS DE CASTILLA LA MANCHA, o enviando un correo electrónico a info@colegiologopediaclm.com

AUTORIZACION CUENTA BANCARIA PARA GIRO DE RECIBOS

En _____ a _____ de _____ de 20____

D. / Doña _____

con DNI _____ y con N° de colegiado/a _____, con
domicilio _____

E-mail _____

Teléfono _____

Declara subsistentes las facultades con la que interviene que en modo alguno les han sido revocadas, modificadas ni suspendidas, y, en la calidad con la que actúan,

AUTORIZA

Al COLEGIO PROFESIONAL DE LOGOPEDAS DE CASTILLA LA MANCHA, provista de CIF Q4500374F a que desde la fecha de la presente, y con carácter indefinido en tanto continúen las relaciones colegiales entre ambas partes, a que gire en el número de cuenta bancaria especificada en la presente autorización, todos los recibos correspondientes a las cuotas que se originen como consecuencia de la relación colegial entre ambas partes, según lo exigido por la Ley de Servicios de Pago 16/2009.

DATOS Y CONFIRMACIÓN DE LA ENTIDAD BANCARIA

Nombre de la Entidad Bancaria: _____

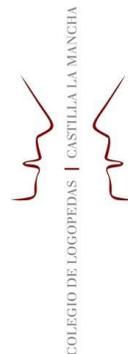
Domicilio de la entidad Bancaria: _____

N° de IBAN y CCC:

ES ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____

EL COLEGIADO

(Firma de la persona y D.N.I.)



Le informamos que los datos personales que voluntariamente nos facilita a través del presente documento forman parte de un fichero bajo responsabilidad del COLEGIO PROFESIONAL DE LOGOPEDAS DE CASTILLA LA MANCHA, resultan necesarios para la tramitación y gestión de su solicitud, autorizando de manera expresa a la posible cesión de la citada información referida a datos de carácter personal, a los Organismos Públicos y Privados necesarios para la gestión citada. Puede ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación u oposición ante el COLEGIO PROFESIONAL DE LOGOPEDAS DE CASTILLA LA MANCHA, o enviando un correo electrónico a info@colegiologopediaclm.com