



## FORMULARIO DE REGISTRO DE COLEGIADOS

### DATOS PERSONALES:

NOMBRE .....y APELLIDOS .....

FECHA NACIMIENTO ..... D.N.I. .... SEXO .....

DIRECCIÓN ..... N.º.....

PISO ..... RESTO DIRECCIÓN ..... CÓDIGO POSTAL .....

POBLACIÓN ..... PROVINCIA .....

TELÉFONO FIJO ..... MÓVIL ..... LUGAR NACIMIENTO .....

PROVINCIA NACIMIENTO..... PAÍS ..... NACIONALIDAD.....

E-MAIL .....

Nº COLEGIADO

### INFORMACIÓN ACADÉMICA:

AÑO FINALIZACIÓN ESTUDIOS ..... UNIVERSIDAD.....

OTROS ESTUDIOS/MÁSTERS/POSTGRADOS .....

### INFORMACIÓN LABORAL:

CENTRO DE TRABAJO..... DIRECCIÓN.....

CÓDIGO POSTAL ..... POBLACIÓN ..... PROVINCIA .....

TELÉFONO ..... TIPO CONTRATO ..... HORAS .....

### DOCUMENTACIÓN APORTADA:

- UNA FOTOGRAFÍA  RESGUARDO TITULACIÓN COMPULSADO
- FOTOCOPIA D.N.I.  FOTOCOPIA TITULACIÓN/HOMOLOGACIÓN COMPULSADA

DOMICILIACIÓN BANCARIA:  Pago fraccionado  Pago único

TITULAR DE LA CUENTA .....

BANCO O CAJA .....

IBAN DE CUENTA: .....

EN CONFORMIDAD Y DEJANDO CONSTANCIA DE LA VERACIDAD DE LOS DATOS, FIRMO:

FECHA ..... FIRMA .....

NO autorizo a percibir el seguro de Responsabilidad Civil

## **ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA**

A cumplimentar por E.T.O.L.E.

Referencia de la orden de domiciliación

Identificador de acreedor: **E388000Q4800733J**

Nombre del acreedor: **E.T.O.L.E.**

Dirección: **C/Gernikako Arbola 0052 5C**

Código Postal: **48902**

Población/Provincia: **Barakaldo-Bizkaia**

País: **España**

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza a E.T.O.L.E. A enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones de E.T.O.L.E. ; como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre su derecho en sus entidades financieras.

A cumplimentar por colegiado.

Nombre Apellidos: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Población/Provincia: \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_

IBAN de Cuenta: ES \_\_\_\_\_

Tipo de Pago:  (1) Pago recurrente o  Pago único.

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del titular de la cuenta o persona autorizada en la misma:

\_\_\_\_\_

**UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN, DEBE SER ENTREGADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.**

(1) Cuota anual mientras no comunique la baja de la colegiación, entregando documento necesario 30 días antes del paso de la misma.