



COLEGIO OFICIAL DE PROTÉSICOS DENTALES  
DE CASTILLA LA MANCHA

## **REQUISITOS NECESARIOS PARA EL INGRESO EN EL COLEGIO DE PROTÉSICOS DENTALES DE CASTILLA LA MANCHA**

- Estar en posesión del Título Oficial en Prótesis Dental o Habilitación Profesional.
- Ser mayor de edad.
- No estar sometido a causa de incapacidad o incompatibilidad para el ejercicio de la profesión.
- Satisfacer las cuotas de ingreso y cumplir los requisitos que se establecen en los Estatutos.

### **DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA COLEGIACIÓN**

1.- Fotocopia **compulsada** del Título acreditativo como Protésico Dental:

- Fotocopia del Título Oficial en Prótesis Dental.
- Fotocopia de la Habilitación Profesional.
- Fotocopia de la Homologación Profesional.

2.- Fotocopia del D.N.I.

3.- \*Justificante del pago de la cuota de ingreso, aprobada en Asamblea General.

4.- Los protésicos que vayan a ser contratados por cuenta ajena deberán incluir un escrito firmado y sellado por el Titular Responsable del Laboratorio para el que van a trabajar, o bien un informe de vida laboral actualizado, confirmando así su situación de empleado.

5.- Una fotografía (Tamaño carnet).

6.- Solicitud de ingreso debidamente cumplimentada y firmada por el interesado.

7.- Colegiados -NO EJERCIENTES -Informe de vida laboral actual. (Los colegiados en esta situación deberán presentar un informe de vida laboral actualizado cada seis meses.)

\*El importe de la cuota de ingreso es **150,00.-€** tanto para los Protésicos que sean Titulares de Laboratorio como para los Protésicos Asalariados o los que trabajen como Autónomos. Los traslados de expediente de Protésicos Dentales que pertenezcan a Colegios de otras Comunidades Autónomas no tendrán que abonar la cuota de ingreso justificando que se está a corriente de pago en el Colegio de procedencia. El pago se hará al Colegio Oficial de Protésicos Dentales en la Cta. de Liberbank –Banco de Castilla la Mancha - **IBAN: ES82 2048 3201 1134 0000 7568**. La cuota mensual es de 38.- €. La cuota para los no ejercientes es de 15.-€ mensuales. (Las cuotas pueden abonarse trimestralmente)

**COLEGIO OFICIAL DE PROTÉSICOS DENTALES DE CASTILLA LA MANCHA**  
**-SECRETARÍA-**

C/ Doctor Bonardell, 15. Edif. Juan de Austria. Of. 3  
13600 Alcázar de San Juan (Ciudad Real)  
Tfno: 926 55 13 01 - 902 18 09 54



COLEGIO OFICIAL DE PROTESICOS DENTALES  
DE CASTILLA LA MANCHA

A la Secretaría del Colegio Oficial de Protésicos Dentales de Castilla la Mancha:

**Datos Personales:**

D. /Dña.....,  
DNI....., Nacido el..... y con domicilio  
en C/.....  
Código Postal.....localidad.....Provincia.....  
Teléfono fijo.....Teléfono móvil.....e-mail.....

Nº IBAN - Cuenta Corriente-: .....  
Forma de Pago Mensual  Forma de Pago Trimestral

**Datos del Laboratorio:**

Nombre del Laboratorio donde ejerce.....  
C/..... N°..... C.P.....Localidad.....  
Teléfono: ..... e-mail laboratorio.....

Ejerciente SI  NO  Titular Responsable:  Asalariado:

**Especialidad:**

Prótesis Fija:  Prótesis Removible:  Ortodoncia:

Otros: (especificar).....

**EXPONE:**

Que teniendo la titulación de Protésico Dental según se establece en la Ley 10/1986 de 17 de Marzo o de acuerdo con lo previsto en el Real Decreto 1594/1994 tal como se recoge en el documento o título de (1).....  
de fecha..... expedido por.....  
ejerce su profesión en la localidad de.....  
Provincia..... y no estando sometido a causa de incapacidad o incompatibilidad para el ejercicio de la profesión.

**Solicita a la Secretaría:**

El ingreso como miembro del Colegio Oficial de Protésicos Dentales de Castilla la Mancha, comprometiéndose a satisfacer puntualmente con las cuotas colegiales establecidas y a cumplir escrupulosamente con los Estatutos del Colegio, su Código Deontológico, así como con los acuerdos de los Órganos de Gobierno y demás normativas que le afecten.

Firmado.

En..... a..... de..... de 20.....-

(1) Título de Protésico Dental o certificado de Habilitación Profesional.  
Organismo que concede el título o certificado de Habilitación Profesional.

## INFORMACIÓN DE PROTECCIÓN DE DATOS A COLEGIADOS

¿Quién es el responsable del tratamiento de sus datos?

- Identidad: COLEGIO OFICIAL DE PROTÉSICOS DENTALES DE CASTILLA LA MANCHA
- Dirección postal: C/ Dr. Bonardell 15, 1º Oficina 3, 13600, Alcázar de San Juan
- Teléfono: 926551301
- Delegado de Protección de Datos: Secretaría del Colegio.
- Correo electrónico del DPD: [colegio@proteticosdentales.org](mailto:colegio@proteticosdentales.org)

¿Con qué finalidad y por cuánto tiempo tratamos sus datos personales?

- Como finalidad principal tratamos sus datos para:
  - La gestión del alta y registro de colegiados.
  - El cobro de recibos de la cuota de colegiado y demás servicios ofrecidos por nuestro Colegio.
- Tratamos sus datos los plazos exigidos por ley para cumplir con las obligaciones derivadas.

¿Cuál es la legitimación para el tratamiento de sus datos?

- La base legal de los tratamientos con la finalidad principal son:
  - Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales.
  - Estatutos particulares

¿A qué destinatarios se comunicarán sus datos?

- Los destinatarios de los datos que se tratan con la finalidad principal son:
  - Agencia Tributaria, para la gestión fiscal.
  - Bancos, Cajas de Ahorro y Cajas Rurales para el cobro de cuotas y servicios colegiales.
  - Consejo General, para la elaboración del censo general y otros servicios relacionados.
- La base de legitimación es la misma que para las finalidades principales.

¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos?

- Cualquier persona tiene derecho a obtener confirmación sobre si en la entidad estamos tratando datos personales que les conciernen o no, a acceder a sus datos personales, así como a solicitar la rectificación de los datos inexactos o, en su caso, solicitar su supresión cuando, entre otros motivos, los datos ya no sean necesarios para los fines que fueron recogidos.
- Cuando el tratamiento tenga su base legal en el consentimiento, tendrá derecho a revocar dicho consentimiento en cualquier momento, sin que ello tenga carácter retroactivo.
- Las personas interesadas además tienen derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos si considera que el tratamiento de datos no es acorde con la normativa de protección de datos.

**-AUTORIZACIÓN CUENTA BANCARIA PARA GIRO DE RECIBOS-**

Don/Dña. ....con DNI nº .....y  
domicilio en.....CP nº .....de.....  
Provincia .....

**AUTORIZA**

Al Colegio Oficial de Protésicos Dentales de Castilla La Mancha, provisto de CIF nº Q-1300293-F para que, desde la fecha de la presente y con carácter indefinido en tanto continúe la situación de colegiado, gire al número de cuenta bancaria especificada en la presente autorización de la que es titular, todos los recibos correspondientes a cualquier tipo de cuotas colegiales que se originen como consecuencia de su relación con el Colegio, según lo exigido por la Ley de Servicios de Pago 16/2009.

**-DATOS Y CONFIRMACIÓN DE LA ENTIDAD BANCARIA-**

Nombre de Entidad Bancaria: .....

Domicilio de la Entidad Bancaria: .....

Nº IBAN: ES.....

**-FIRMA DEL TITULAR-**

Manifiesta el firmante que los datos facilitados son verdaderos y que, en su caso, tiene poderes suficientes para la presente autorización.

Firma de la persona/as titular/es y sello de la empresa.

En....., a.....de.....de 20...-