



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 / Homologación Profesional.
- 2.- Copia de la **Licencia de Apertura del Laboratorio y número de Licencia de Fabricante** de Productos Sanitarios.
- 3.- Fotocopia del D.N.I.
- 4.- *Justificante del pago de la cuota de ingreso, aprobada en Asamblea General.
- 5.- 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.
- 6.- Una fotografía (Tamaño carnet).
- 7.- Solicitud de ingreso debidamente cumplimentada y firmada por el interesado.
- 8.- 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 al corriente de pago en el Colegio de procedencia. El pago se hará al Colegio Oficial de Protésicos Dentales en la Cta. de **Banco Sabadell- IBAN: ES81 0081 1994 3700 0100 8304**. La cuota mensual para ejercientes es de **32.- €**. La cuota para los no ejercientes es de **12.- €** 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 ely 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 (2).....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.

(2) 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

¿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 nºy
domicilio en.....CP nºde.....
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...-