

DOMICILIACIÓ BANCARIA

Autorizo al COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE LES ILLES BALEARS, para que presente los recibos colegiales con cargo a mi cuenta bancaria, cuyos datos son los siguientes:

TITULAR:.....
ENTIDAD:.....
OFICINA:DIRECCIÓN:POBLACIÓN:.....

CÓDIGO IBAN (24 dígitos)

IBAN / Entidad / Oficina / D.C. / nº de cuenta

--	--	--	--	--

El Col·legi de Dentistes de les Illes Balears es el **responsable del tratamiento** de los datos personales del interesado, con la **finalidad** de cumplir con los fines asignados a los Colegios Profesionales, en cumplimiento de la Ley 2/1974, de 13 de febrero de Colegios Profesionales. Los datos no se **comunicarán** a terceros, salvo obligación legal. El interesado tiene **derecho** a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la **información adicional** detallada sobre Protección de Datos Personales, que puede consultar en nuestra página web www.dentistasbalears.com. Para realizar el tratamiento descrito, el responsable del tratamiento necesita su consentimiento explícito. El **interesado** consiente el tratamiento de sus datos en los términos expuestos.

Palma de Mallorca, a..... de.....de 20....

Firma titular:.....
(nombre y apellidos)

