



**ALTA COLEGIAL**

COLEGIADO N° \_\_\_\_\_

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

D.N.I. \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Domicilio Profesional \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Otro domicilio \_\_\_\_\_

Tfno./Fax \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_

Título/s \_\_\_\_\_

Fecha y lugar de obtención \_\_\_\_\_

Actividad Profesional \_\_\_\_\_

Fecha de alta Declaración Censal \_\_\_\_\_

Los **COLEGIADOS EJERCIENTES** deben remitir el documento del enlace cumplimentado junto con el modelo 036:

[http://www.agenciatributaria.es/static\\_files/AEAT/DIT/Contenidos\\_Publicos/CAT/AYUWEB/presentaciontelematica/Quien\\_puede\\_realizarla/adhesion.pdf](http://www.agenciatributaria.es/static_files/AEAT/DIT/Contenidos_Publicos/CAT/AYUWEB/presentaciontelematica/Quien_puede_realizarla/adhesion.pdf)

E-mail \_\_\_\_\_

Autoriza el envío de información (circulares, convocatorias cursos, etc.) por E-mail:

sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Registros a los que pertenece \_\_\_\_\_

Solicita su ingreso en el Colegio Oficial de Titulados Mercantiles y Empresariales en Santa Cruz de Tenerife \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma:



---

**INSTRUCCIONES PARA DARSE DE ALTA EN EL COLEGIO  
Y  
DOCUMENTACIÓN NECESARIA**

- Hallarse en posesión de alguno de los siguientes **títulos**:
  - a) Intendente
  - b) Profesor y Perito Mercantil
  - c) Actuario de Seguros
  - d) Licenciado y Diplomado en Ciencias Empresariales (ramas empresariales)
  - e) Licenciado en Administración y Dirección de Empresas
  - f) Grados y Máster según los nuevos planes de estudios universitarios
- Rellenar la **instancia** de solicitud de ingreso.
- **Fotocopia del título**. En su defecto resguardo de abono de los derechos para su obtención.
- **Fotocopia del D.N.I.**
- **2 fotografías** tamaño carnet.
- Para **colegiados ejercientes** remitir el **modelo 036** de alta.
- Rellenar **Modelo de Protección de Datos**.
- Rellenar **Orden de Domiciliación Adeudo directo SEPA** para la domiciliación de los recibos colegiales.



**MODELO DE AUTORIZACIÓN**  
**TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PESONAL**

Don /D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_,  
natural de \_\_\_\_\_ Provincia de \_\_\_\_\_  
con domicilio en la Calle \_\_\_\_\_ n<sup>o</sup> \_\_\_\_\_  
Población \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_.  
Teléfono particular \_\_\_\_\_ Oficina \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
Móvil \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y demás normativa de desarrollo, autorizo al ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE TITULADOS MERCANTILES Y EMPRESARIALES DE SANTA CRUZ DE TENERIFE a la utilización de éstos datos para fines exclusivos de gestión colegial.

Santa Cruz de Tenerife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Fdo.: \_\_\_\_\_



**Orden de Domiciliación Adeudo directo SEPA**  
SEPA Direct Debit Mandate

**ACREEDOR**

Emisor o Acreedor: <b>ILUSTRE COLEGIO DE TITULADOS MERCANTILES Y EMPRESARIALES DE SANTA CRUZ DE TENERIFE</b>	
Identificador de Emisor: <b>ES23006Q3873006E</b>	
Dirección Emisor: <b>CALLE DE LA TOLERANCIA 14 1º</b>	
Código postal - Localidad: <b>38001 – SANTA CRUZ DE TENERIFE</b>	País: <b>ESPAÑA</b>
Referencia única de mandato: <b>001+Nº DE COLEGIADO (Cuatro dígitos)</b>	

**DEUDOR**

Mediante la firma de este formulario de Orden de Domiciliación, usted autoriza al emisor o acreedor identificado en el mismo a enviar órdenes a su entidad financiera para adeudar en su cuenta y a su entidad financiera para adeudar los importes correspondientes en su cuenta de acuerdo con las órdenes del acreedor indicado.  
Como parte de sus derechos, tiene derecho a ser reembolsado por su entidad financiera de acuerdo con los términos y condiciones del contrato suscrito con su entidad financiera. Dicho reembolso deberá reclamarse en un plazo de 8 semanas a partir de la fecha en que se realizó el adeudo en su cuenta.

(Los campos marcados con \* son obligatorios)

Nombre del deudor (Persona/Empresa): *	
Dirección: *	
Código Postal - Localidad: *	País: *
Número de cuenta adeudo: IBAN (24 posiciones)*	Swift BIC entidad deudora: (11 posiciones)*
Tipo de pago: * <input checked="" type="checkbox"/> Recurrente <input type="checkbox"/> Único	
Fecha y lugar de Firma: *	
Firma(s)* Firma de personas autorizadas en la cuenta, en caso de poderes mancomunados dos firmas son necesarias.	
NIF/Nombre:	NIF/Nombre:
Observaciones: Indique el número de contrato, descripción del contrato, si hace el pago en nombre de otra persona o entidad, propósito del adeudo	

Por favor devolver este original firmado al acreedor, guarde una copia y haga llegar otra a su entidad financiera, donde domicilia y autoriza los pagos.

Nota: En su entidad financiera puede obtener información adicional sobre sus derechos relativos a este mandato.