



Ilustre Colegio Oficial de Titulados Mercantiles y Empresariales de Santa Cruz de Tenerife

INSTANCIA ALTA



Nº COLEGIADO:

NOMBRE:

APELLIDOS:

DNI: 

FECHA DE NACIMIENTO:

NACIONALIDAD:

TELEFONO/FAX:

MÓVIL: 

EMAIL:

DOMICILIO PROF:

CP:

LOCALIDAD:

OTRO DOMICILIO:

TÍTULO: 

FECHA OBTENCIÓN:

LUGAR OBTENCIÓN:

ACT. PROFESIONAL:

FECHA ALTA ACTIV.:

Autorizo el envío de información por email:

SI NO

ÓRGANOS PROFESIONALES QUE PERTENECE:

REAF REA REC EC REDI REFOR
ECN EAF EAL EMK REDIGITAL

OTROS COLECTIVOS, INDICAR CÚAL:



Ilustre Colegio Oficial de Titulados Mercantiles y Empresariales de Santa Cruz de Tenerife

INSTANCIA ALTA

ÁREAS DE ACTIVIDAD:

FISCALIDAD

AUDITORÍA DE CUENTAS

CONTABILIDAD

CONSULTORÍA DIRECCIÓN ESTRATÉGICA

MERCANTIL

CONCURSAL

LABORAL

CONSULTORÍA EMPRESA FAMILIAR

RECURSOS HUMANOS

FINANCIERA/BANCA

MARKETING

DOCENCIA

SEGUROS

OTRAS, INDICAR CUÁL:

Solicita, sea admitido/a como colegiado/a del Ilustre Colegio Oficial de Titulados Mercantiles y Empresariales de Santa Cruz de Tenerife y acepta los Estatutos del mismo en todos sus apartados.

En _____ a _____ de _____ de 20_____

Firma:

EJERCIENTE
 NO EJERCIENTE



Ilustre Colegio Oficial de Titulados Mercantiles y Empresariales de Santa Cruz de Tenerife

CLAUSULA PROTECCIÓN DATOS

RESPONSABLE:

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE TITULADOS MERCANTILES Y EMPRESARIALES DE SANTA CRUZ DE TENERIFE-
Q3873006E

FINALIDAD:

ADECUADA ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LA RELACIÓN CON NUESTROS COLEGIADOS: PAGO DE LAS CUOTAS DE COLEGIACIÓN, GESTIÓN DE LOS REGISTROS Y LISTADOS PROFESIONALES, Y ENVÍO DE INFORMACIÓN DEL COLEGIO PROFESIONAL Y DE TERCEROS CON LOS QUE HAYAMOS SUSCRITO UN CONVENIO DE COLABORACIÓN QUE PUEDA SER DE INTERÉS PARA EL COLEGIADO.

AUTORIZO QUE MI IMAGEN PUEDA SER MOSTRADA EN LAS INSTALACIONES, PÁGINA WEB, REDES SOCIALES DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE TITULADOS MERCANTILES Y EMPRESARIALES DE SANTA CRUZ DE TENERIFE CON LA FINALIDAD DE DAR A CONOCER LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL COLEGIO

AUTORIZO EL USO DE MIS DATOS PARA EL ENVÍO DE INFORMACIÓN, PUBLICIDAD, REALIZACIÓN DE EVENTOS, Y CUALQUIER INFORMACIÓN QUE EL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE TITULADOS MERCANTILES Y EMPRESARIALES DE SANTA CRUZ DE TENERIFE QUIERA PONER EN CONOCIMIENTO POR EL MEDIO QUE ESTIME OPORTUNO Y DE TERCEROS QUE PUEDA TENER IMPORTANCIA PARA NUESTRO SECTOR.

LEGITIMACIÓN:

CONSENTIMIENTO DEL INTERESADO, EJECUCIÓN DE UN CONTRATO Y CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL.

DESTINATARIOS:

SUS DATOS SERÁN CEDIDOS A ENTIDADES BANCARIAS, A TERCERAS ENTIDADES CUANDO ASÍ LO PREVEA UNA LEY Y RESULTE INDISPENSABLE PARA EL MANTENIMIENTO DE LA RELACIÓN CON EL COLEGIO PROFESIONAL (CONSEJO GENERAL DE ECONOMISTAS Y ENTIDADES INTERNACIONALES QUE REGULEN LA PROFESIÓN).

DERECHOS:

PUEDA EJERCER SUS DERECHOS DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, SUPRESIÓN, OPOSICIÓN, PORTABILIDAD, LIMITACIÓN, A NO SER SOMETIDO A DECISIONES AUTOMATIZADAS O REVOCAR EL CONSENTIMIENTO PRESTADO.

INFORMACIÓN ADICIONAL:

PUEDA CONSULTAR LA INFORMACIÓN ADICIONAL Y DETALLADA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS EN ESTE DOCUMENTO, EN NUESTRAS INSTALACIONES O BIEN SOLICITARLA MEDIANTE CORREO ELECTRÓNICO A PROTECCIONDATOS@COTIME.ES

FIRMADO D./D^a.:



Ilustre Colegio Oficial de Titulados Mercantiles y Empresariales de Santa Cruz de Tenerife

ORDEN DE DOMICILIACIÓN ADEUDO DIRECTO SEPA SEPA DIRECT DEBIT MANDATE

ACREEDOR

EMISOR O ACREEDOR: ILUSTRE COLEGIO DE TITULADOS MERCANTILES Y EMPRESARIALES DE SANTA CRUZ DE TENERIFE

IDENTIFICADOR DE EMISOR: ES23006Q3873006E

DIRECCIÓN EMISOR: CALLE DE LA TOLERANCIA 14 1º

CÓDIGO POSTAL - LOCALIDAD: 38001 – SANTA CRUZ DE TENERIFE

PAÍS: ESPAÑA

REFERENCIA ÚNICA DE MANDATO: 001+Nº DE COLEGIADO (CUATRO DÍGITOS)

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:*

X RECURRENTE _ 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