

## **AUTORIZACIÓN BANCARIA**

Sr. Director de \_\_\_\_\_

Ruego de las órdenes oportunas, para que con cargo a mi cuenta en ese Banco sean abonados los recibos que el **ILTE. COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS DE ALMERIA**, presente a nombre de :

BANCO ó CAJA			
ENTIDAD	OFICINA	DC	NÚMERO DE CUENTA

En Almería a

Fdo \_\_\_\_\_

**Protección de Datos.** De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, el colegiado queda informado y acepta la incorporación de sus datos a los ficheros automatizados existentes en el Colegio de Médicos de Almería, que se conservarán en el mismo con carácter confidencial, sin perjuicio de las remisiones de obligado cumplimiento. Su finalidad es realizar el control y seguimiento posterior de las funciones propias de la actividad del Colegio Profesional. Si no nos manifiesta lo contrario entendemos que usted consiente el tratamiento indicado. Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en el domicilio social del Colegio Oficial de Médicos de Almería, calla Gerona, nº 11 – 04001 Almería.