



SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

Don / Doña _____
con NIF o Pasaporte _____, Licenciado en
Medicina y Cirugía.

EXPONE

Que desea incorporarse al colegio de su Presidencia, proponiéndose ejercer la profesión en (1) _____, en la modalidad de (2) _____, encontrándose en condiciones legales para ellos por reunir los requisitos exigidos en los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial y la Legislación Vigente.

SOLICITA

Que teniendo presentada esta instancia, así como los documentos acreditativos, se sirva admitirle como Colegiado.

En Zaragoza a de de

- (1) Indicar el lugar.
(2) Modalidad de ejercicio médico: público, privado o mixto.

FIRMA DEL INTERESADO

De conformidad con el Reglamento UE 2016/679 y la LOPD le informamos de que sus datos serán procesados por el ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ZARAGOZA con la finalidad de gestionar su solicitud de colegiación. Los datos proporcionados se conservarán mientras Vd. no solicite su supresión y resulten adecuados y no excesivos. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal. En cumplimiento de los artículos 15 a 21 del reglamento UE2016/679 usted podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, oposición y portabilidad de los datos, dirigiéndose a lopd@comz.org



Ficha de Datos de Colegiado/a

NUMERO DE COLEGIADO

A PERSONALES

Primer Apellido			Segundo Apellido				
Nombre							
Fecha Nacimiento		Localidad					
Provincia			País				
D.N.I o Pasaporte				Sexo	Hombre	Mujer	

B DOMICILIO

Tipo de vía (Av, Calle, Plaza...)		Dirección					
Número		Piso		Letra		Código Postal	
Localidad				Provincia			
País			 Fijo			 Móvil	
email							

C BANCARIOS

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor- Como parte de sus derechos el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso debe efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

D ACADÉMICOS

* Marque en la Columna P – la Especialidad Principal

D ACADEMICOS		Marque en la Columna I — la Especialidad Principal			
Licenciado/a en (Universidad)					
Fecha Fin Carrera		Fecha Resguardo		Fecha Título	
Doctorado en (Universidad)					
Fecha Fin Doctorado		Fecha Resguardo		Fecha Doctorado	
Especialidades Médicas (Reconocidas Oficialmente)			P*	Fecha Resguardo	Fecha Título

De conformidad con el Reglamento UE 2016/679 y la LOPD le informamos de que sus datos serán procesados por el ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ZARAGOZA con la finalidad de gestionar su colegiación. Los datos proporcionados se conservarán mientras Vd. no solicite su supresión y resulten adecuados y no excesivos. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal. En cumplimiento de los artículos 15 a 21 del reglamento UE2016/679 usted podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, oposición y portabilidad de los datos, dirigiéndose a lopd@comz.org



Ficha de Datos de Colegiado/a

NUMERO DE COLEGIADO

EN FORMACIÓN M.I.R	Centro				
Especialidad MIR			Fecha Inicio		Fecha Fin

E	PROFESIONALES				
Tipo de Ejercicio Médico		Público		Privado	
Centro de Trabajo (Nombre)					
Localidad			Provincia		
Consulta Privada (Calle/Avda /Plaza)					
Localidad			Provincia		
Código Postal		FIJO		Fax	
email			web		

F	COLEGIACIÓN				
Colegiado Por Primera Vez		SI		NO	
Colegio de Procedencia					Fecha Reingreso
Sociedad Científica a la que Pertecece					

G	REMISIÓN DE COMUNICACIONES
----------	-----------------------------------

Comunicaciones Colegiales. El colegiado abajo firmante autoriza el envío de información exclusivamente colegial en cumplimiento de la normativa vigente.

En Zaragoza a _____ de _____ de _____

Firma Del Interesado