



Nº Colegiado:

Sello de entrada

AUTORIZACION BANCARIA

Yo, D/D^a _____ con D.N.I. _____, autorizo al Colegio Profesional de Logopedas de Galicia a proceder al cobro de las cuotas anuales de colegiación. (Señale una de las opciones) en el nº de cta. del Colegio Profesional de Logopedas de Galicia (ES17/0081/7610/79/0001255830) (Banco SabadellAtlántico).

Ejercientes

- Una cuota anual de 180 euros
 Dos cuotas semestrales de 90 euros

No ejercientes

- Una cuota anual 85 euros
 Dos cuotas semestrales de 42,50 euros

Nombre titular de la cuenta: _____

Nº Cuenta (IBAN) _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _

Sello de la entidad bancaria

Firma del Titular

PROTECCIÓN DE DATOS: De conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (GDPR), doy permiso para que mis datos sean incorporados a un fichero responsabilidad del Colegio Profesional de Logopedas de Galicia y que sean tratados con la finalidad de mantener, desarrollar y controlar la relación colegial. Estos datos se conservarán mientras haya un interés mutuo para mantener el fin del tratamiento y cuando ya no sea necesario para tal fin, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la seudonimización de los datos o la destrucción total de las mismas. Asimismo, se le informa que puede retirar el consentimiento en cualquier momento y que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y de la limitación u oposición a su tratamiento dirigiéndose al Colegio Profesional de Logopedas de Galicia, Plaza de Portugal, 9, bajo 15011 A Coruña o remitiendo un mensaje de correo electrónico a cplga@cplga.es También tiene derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (agpd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.