



**MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DATOS DEL COLEGIADO**

APELLIDOS Y NOMBRE: \_\_\_\_\_

Nº DE COLEGIADO: \_\_\_\_\_ DNI/ NIE /PASAPORTE Nº: \_\_\_\_\_

**MODIFICACIÓN DE DOMICILIO PARTICULAR O PARA CORRESPONDENCIA:**

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

COD. POSTAL: \_\_\_\_\_ MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

**MODIFICACIÓN DE DOMICILIO PROFESIONAL O PARA CORRESPONDENCIA:**

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

COD. POSTAL: \_\_\_\_\_ MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

¿Le interesa recibir comunicación institucional del Comib?  SÍ  NO

¿Le interesa recibir información de terceros relacionada con el ámbito profesional?  SÍ  NO

**MODIFICACIÓN DE LA CUENTA BANCARIA PARA PAGO DE RECIBOS:**

Nº IBAN

E	S																			
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**OTRAS MODIFICACIONES (DEBE APORTAR DOCUMENTO ACREDITATIVO ORIGINAL):**

EN EL NOMBRE: \_\_\_\_\_

EN EL DNI / NIE / PASAPORTE: \_\_\_\_\_

EN LA NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma:

**Información básica sobre Protección de Datos**

**Responsable:** Colegio Oficial de Médicos de las Islas Baleares.  
**Finalidad:** Tramitación de su solicitud, ordenación y control de la profesión y gestión interna del Colegio.  
**Legitimación:** Ejercicio de potestades públicas, cumplimiento de leyes y estatutos del Colegio.  
**Destinatarios:** Los datos serán comunicados en cumplimiento de las leyes vigentes, de los estatutos del Colegio o con el previo consentimiento de los interesados.  
**Derechos:** Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos como se explica en la información adicional.  
**Info. Adicional:** Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la política de privacidad para Colegiados publicada el portal de la privacidad del Colegio en [www.comib.com/el-colegio/portal-privacidad](http://www.comib.com/el-colegio/portal-privacidad)