Col·legi Oficial de Metges
Illes Balears

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.
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/as publicada el portal de la privacidad del Colegio www.comib.com/el-colegio/portal-privacidad