



Colegio Profesional de
Terapeutas Ocupacionales
de Extremadura

C/ VIENA, 4 – 1º B 10001 CÁCERES
Tfno.: 927 100 148
www.terapeutas-ocupacionales.es/coptoex

SOLICITUD INSCRIPCIÓN COPTOEX

DATOS PERSONALES

NOMBRE: _____

APELLIDOS: _____

DNI: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____

CÓDIGO POSTAL: _____ LOCALIDAD: _____

PROVINCIA: _____ E-MAIL: _____

TELÉFONO PARTICULAR: _____ MÓVIL: _____

DATOS PROFESIONALES

NOMBRE CENTRO DE TRABAJO: _____

DIRECCIÓN: _____

CÓDIGO POSTAL: _____ LOCALIDAD: _____

PROVINCIA: _____ TELÉFONO : _____

TIPO DE CONTRATO: _____



Colegio Profesional de
Terapeutas Ocupacionales
de Extremadura

C/ VIENA, 4 – 1º B 10001 CÁCERES
Tfno.: 927 100 148
www.terapeutas-ocupacionales.es/coptoex

DATOS BANCARIOS

NÚMERO DE CUENTA PARA DOMICILIACIÓN DE CUOTAS

TITULAR DE LA CUENTA: _____

BANCO O CAJA: _____ SUCURSAL: _____

DIRECCIÓN: _____

CÓDIGO POSTAL: _____ LOCALIDAD: _____

PROVINCIA: _____ E-MAIL: _____

IBAN: |_|_|_|_| // |_|_|_|_| / |_|_|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
ENTIDAD OFICINA D.C. CUENTA CORRIENTE

PERIODICIDAD DE LOS PAGOS:

<input type="checkbox"/>	Semestral (60 Euros)
<input type="checkbox"/>	Anual (120 Euros)

AUTORIZACIONES

De acuerdo con la Ley 15/1999 de Protección de Datos de carácter personal (LOPD), autorizo expresamente al Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales y a la Asesoría que tenga contratada, para el uso y tratamiento informático de mis datos personales que facilite durante mi permanencia como colegiado/a.

FIRMADO

ORDEN DE DOMICILIACIÓN BANCARIA
(A REMITIR POR EL INTERESADO A SU ENTIDAD BANCARIA)

Sr. Director/a del Banco/Caja _____ Sucursal
nº _____, situada en _____, nº _____ Localidad
_____, Provincia _____ C.P. _____, ruego sirvan adeudar en nuestra
cuenta/libreta nº _____ abierta en esa entidad, los recibos que le
sean presentados para su cobro por COPTOEX (Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de
Extremadura) como pago de la cuota de colegiación.

Fdo. _____
Titular de la cuenta