

Entidad.....

Clave.....

Calle.....

C.P.....Población.....

Muy Sr.Mio

Ruego que hasta nuevo aviso, haga efectivos al Ilustre Colegio de Protésicos Dentales de la Comunidad Foral de Navarra, con cargo en mi cuenta nº los recibos que por el mismo le sean presentados.

Atentamente les saluda,

Fdo:.....

D/Dña:.....

Domicilio:.....

c.p:.....Población:.....

De conformidad con la ley orgánica 15/1999 de 13 Diciembre de Protección de datos de carácter personal, Ud queda informado de que los datos de carácter personal suministrados van a formar parte de un fichero automatizado del que es responsable el Colegio de Protésicos Dentales de la Comunidad Foral de Navarra. Así mismo, al facilitar los datos solicitados Ud presta su consentimiento expreso para poder llevar a cabo el tratamiento de los datos personales para la autorización bancaria gestionados por el Colegio de Protésicos Dentales de Navarra.

Así mismo le informamos que tiene reconocidos los datos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, las cuales podrá ejercitar mediante el envío de una petición escrita que deberá remitir por correo certificado y con acuse de recibo a la siguiente dirección: C/Monasterio de Yarte,1 bajo 31011 Pamplona.