



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN SOCIEDADES PROFESIONALES

DATOS DE LA SOCIEDAD				Número de Colegiado
<i>Denominación ó Razón Social</i>				
<i>C. I. F.</i>	<i>Teléfonos</i>	<i>Móvil:</i>	<i>Fax:</i>	
<i>Correo electrónico</i>				
<i>Dirección</i>				<i>Código Postal</i>
<i>Población</i>			<i>Provincia</i>	

DATOS DEL REGISTRO MERCANTIL						
<i>Tomo:</i>	<i>Libro:</i>	<i>Sección:</i>	<i>Folio:</i>	<i>Hoja:</i>	<i>Inscripción:</i>	
<i>Escritura de constitución</i>					<i>Fecha</i>	<i>Protocolo</i>
<i>Notario :</i>						
<i>Duración de la Sociedad</i>						
<i>Objeto Social</i>						
<i>Administrador/es</i>			<i>D. N. I., N. I. E., o Pasaporte</i>		<i>Profesional</i>	
1.					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
2.					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
3.					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
4.					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
5.					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<i>Seguro de Responsabilidad Civil</i>		<i>Entidad aseguradora</i>	<i>Número de póliza</i>			
<i>Dirección de las sucursales o delegaciones de la Sociedad Profesional</i>						
1.				2.		
3.				4.		
5.				6.		

Conforme a lo previsto en la legislación vigente sobre protección de datos, le informamos que los datos facilitados pasarán a formar parte de ficheros de titularidad del Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Andalucía y cuya finalidad es la gestión del ejercicio de las funciones públicas de ordenación y control de la actividad profesional asignadas legal o estatutariamente por las Administraciones Públicas, así como cualquier otra actividad que organice o en la que colabore el Colegio. Estos datos son confidenciales y, por tanto, de acceso restringido al personal autorizado del Colegio. Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición podrán ejercerse por escrito, con prueba fehaciente de la identidad del petionario, en la dirección del Colegio, C/ Bartolomé de Medina nº 1, 41004 de Sevilla.

SOCIOS PROFESIONALES				
<i>Colegio Profesional</i>	<i>Número Colegiado</i>	<i>Nombre y Apellidos</i>	<i>% Capital</i>	<i>Profesión</i>

SOCIOS NO PROFESIONALES

Nombre y Apellidos	% Capital	Profesión

PROTECCIÓN DE DATOS

Sus datos podrán ser utilizados para informarle, incluso por medios electrónicos, sobre actos, eventos, jornadas, congresos, seminarios, cursos, publicaciones, servicios y productos que presten empresas y/o entidades colaboradoras y que el colegio entienda puedan ser del interés de los colegiados. En todas las comunicaciones que reciba se le dará la posibilidad de darse de baja, para dejar de recibir la referida información. Nuevamente y de acuerdo con la LOPD, podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición por escrito, con prueba fehaciente de la identidad del peticionario, en la dirección del Colegio, C/ Bartolomé de Medina nº 1, 41004 de Sevilla.

Autorizo su uso

No autorizo su uso

NOTA: La Sociedad colegiada está obligado a comunicar toda modificación que pudiera producirse en cualquiera de sus datos solicitados en este formulario.

Por la presente solicitud de inscripción, el/los administrador/es de la citada Sociedad Profesional,

EXPONE

Que existiendo ya con anterioridad o habiéndose constituido la sociedad Profesional denominada

SOLICITA

De la Junta de Gobierno del Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Andalucía, se digno acceder a la inscripción en su Registro de Sociedades Profesionales, esta Sociedad Profesional que represento, a cuyo fin adjunto la documentación exigida:

- Fotocopia o copia simple de la Escritura Pública de Constitución de la Sociedad.
- Certificado de colegiación de los Socios Profesionales que no procedan del Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapia de Andalucía, donde aparezca el número de colegiado.
- Fotocopia del DNI, NIE o Pasaporte de todos los socios, ya sean profesionales o no.
- Copia del Seguro de Responsabilidad Civil de la Sociedad Profesional, exigido en el artículo 46 de la Ley 44/2003 de Ordenación de Profesiones Sanitarias.
- Justificante original del pago de la cuota de inscripción, más la parte proporcional del trimestre en curso de la cuota ordinaria anual.
- Domiciliación bancaria de la Sociedad Profesional, debidamente cumplimentada y firmada.

_____, a __ de _____ de 2.0__

Firma del Administrador de la Sociedad