



## SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

D/ña.....  
 Podólogo/a, con D.N.I. núm ..... nacido el ..... en .....  
 provincia de ....., con domicilio en c/ .....  
 núm ....., portal ..... piso ....., puerta ....., Población.....  
 Cod.Postal..... Provincia..... Nacionalidad:.....  
 Telef....., Telef . móvil .....

Ruega a Vd. tenga a bien estimar la presente solicitud de colegiación en el COLEGIO DE PODÓLOGOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID (COPOMA), a cuyo fin acompaña los documentos que se reseñan y declara bajo su responsabilidad:

\* <sup>(1)</sup> ¿Está incurso en causa de incapacidad, incompatibilidad o inhabilitación para el ejercicio profesional de Podólogo?

SI  NO

\* <sup>(1)</sup> Clase de Colegiado: Ejerciente  No Ejerciente  Podólogo Asociado

*Domicilio Profesional (si procede)*

*Si no fuera Ud. titular o propietario del Centro, deberá aportar autorización*

Dirección: .....

Núm.:..... Bloque:..... Portal: ..... Escalera:..... Piso:..... Puerta: .....

Código Postal: ..... Población: ..... Provincia: .....

Madrid, a ..... de ..... de 20....

(firma del solicitante)

\*\*\*\*\*

Documentos que se acompañan <sup>(2)</sup>:  
 (Señale con X los que adjunta)

- Título de Podólogo o justificante del pago de las tasas para su expedición.  
 Certificado de estudios o de notas  
 D.N.I. o pasaporte, en vigor  
 Tres fotografías recientes, en color, tamaño carné  
 Impresos, cumplimentados, de domiciliación bancaria  
 Justificante bancario de abono de la cuota de ingreso y demás pagos establecidos.

\*\*\*\*\*

Sr. Decano del Colegio de Podólogos de la Comunidad de Madrid (COPOMA).

c/ San Bernardo, 74-bajo-izqd.

28015 MADRID

<sup>1</sup> Señale con X lo que proceda

<sup>2</sup> La documentación puede compulsarse en COPOMA

BOLETIN DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

1: DATOS PERSONALES DEL COLEGIADO

D/ña.....N.I.F.....  
Dirección.....Población.....C.P.....  
Provincia.....Teléfono.....

2: DATOS BANCARIOS:

Titular de la c/c o cartilla.....NIF/CIF.....  
Banco o Caja ....., Sucursal o Agencia.....  
Dirección.....DP.....Localidad.....  
.....Provincia.....

Núm. entidad				Núm. sucursal				DC		Número de cuenta											

Fecha y firma.....

(Para remitir a COPOMA)

\*\*\*\*\* CORTAR POR AQUÍ \*\*\*\*\*

DOMICILIACION BANCARIA

1: DATOS DEL TITULAR DE LA C/C O CARTILLA:

D/ña.....N.I.F.....  
Dirección.....Población.....C.P..... Pro-  
vincia.....Teléfono.....

2: DATOS BANCARIOS:

Núm. entidad				Núm. sucursal				DC		Número de cuenta											

Muy Sr. mío:

Le ruego que hasta nuevo aviso abone con cargo a mi c/c - Cartilla núm.:....., los recibos que pase el Colegio de Podólogos de la Comunidad de Madrid a nombre de:.....

Fecha y firma.....

(Para remitir al Banco o Caja de Ahorros)