



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:

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

SI NO

* ⁽¹⁾ 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 ⁽²⁾:
 (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

¹ Señale con X lo que proceda

² 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.....
 Direc-
 ción.....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)