

Relación miembros Órgano de Administración:

Nombre/apellidos	Profesional (sí/no)	Núm. Colegiado y Colegio	Cargo

Póliza de seguro de Responsabilidad Civil Profesional:

El abajo firmante declara que la Sociedad

- Tiene contratada una póliza RC
 La tiene en trámite

IMPORTANTE:

CUALQUIER VARIACIÓN DE LOS DATOS QUE NOS HA COMUNICADO O QUE CONSTEN EN LOS DOCUMENTOS ADJUNTADOS Y QUE AFECTEN A LA SOCIEDAD O A SUS SOCIOS DEBERÁ COMUNICARSE AL REGISTRO DE SOCIEDADES PROFESIONALES DEL COMB PARA SU ACTUALIZACIÓN .

Barcelona , _____ de _____ de _____

Firma (cargo): _____

Documentación que se aporta:

PREVIA VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS ORIGINALES QUE SE DEVUELVEN AL PRESENTADOR

- Escritura de constitución o de adaptación de la sociedad.
- Tarjeta CIF.
- Fotocopia del DNI del representante legal de la sociedad profesional.
- Escritura de enmienda, subsanación o modificación de estatutos, en su caso.
- Otras escrituras y documentos en los que consten los datos de necesaria inscripción de la sociedad profesional, que no hayan sido recogidas en los documentos de constitución o adaptación: (especialmente la de nombramiento de todos los administradores).

1. _____
2. _____

3. _____

Ordre SEPA (documento adjunto)

Los datos personales facilitados serán tratados por el Colegio Oficial de Médicos Barcelona (COMB), con el fin de gestionar el Registro de Sociedades Profesionales de esta corporación, desarrollar el resto de funciones previstas en sus Estatutos (Resolución Jus / 3827/2008 de 9 de diciembre) y en la Ley 2/2007, de 15 de marzo, de sociedades profesionales y para informarme por medios electrónicos u otros sobre asuntos y servicios de interés profesional.

De acuerdo con la normativa vigente, son de acceso público los datos de denominación social, el domicilio social, el teléfono, dirección electrónica y página web, el nombre y apellido de los socios y administradores, sean profesionales o no, y el número de colegiado en el caso los profesionales y, en su caso, dirección de los centros en que se realiza la actividad (incluido teléfono y correo electrónico). Puedo oponerme a que los datos públicos sean utilizados con fines comerciales comunicándolo al CoMB.

El presentante se obliga a informar a los socios de la sociedad del tratamiento de los datos personales que aquí se informa.

Los datos se conservarán después de la baja de inscripción en el Registro de Sociedades Profesionales y durante todo el plazo legalmente previsto desde la baja.

Puedo ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación y oposición al tratamiento de los datos ante el Responsable del tratamiento: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, CIF Q 0866001A, Paseo Bonanova 47, 08017 Barcelona, por email dadespersonals@comb.cat o a través de la App MetgesBarcelona. El CoMB dispone de un Delegado en Protección de Datos (dpo@comb.cat) quien resolverá las reclamaciones, dudas o consultas que planteen los interesados.. Puedo, también, presentar reclamación ante la Autoridad Catalana de Protección de Datos.

Ordre SEPA de domiciliació de dèbit directe

Referencia unica del manament:

Emisor

Acreeador/emisor: COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA

Adreça: Bonanova,47

CIF: Q0866001A

Deutor

Nom de la societat: _____

Nº societat: _____

CIF: _____

Adreça: _____

I B A N

BIC / SWIFT

Mitjançant la signatura d'aquest formulari d'ordre de domiciliació, autoritzeu al **COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA**, a enviar ordres a la vostra entitat financera per debitar càrrecs al vostre compte, corresponents a les quotes col·legials, la prima de la pòlissa colectiva de responsabilitat civil professional i altres serveis prestats i a la seva entitat financera per debitar els imports corresponents al vostre compte d'acord amb les instruccions del **COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA**.

Entre altres, teniu el dret a ser reemborsat per la vostra entitat financera d'acord amb els termes i condicions del contracte subscrit amb la vostra entitat financera. En tot cas aquest reemborsament haurà de ser instat per part vostre en el termini màxim de 8 setmanes a partir de la data en la qual es va debitar el deute en el seu compte.

Tipus pagament: Pagament periòdic Pagament unic

Lloc i data:

Signatura societat: _____