CUESTIONARIO A CUMPLIMENTAR POR EL COLEGIADO

NO EJERCIENTE

NOMBRE: _____ ***APELLIDOS:*** _____

N.I.F.: _____ ***FECHA NACIMIENTO:*** _____

DATOS PERSONALES

DOMICILIO: _____ ***POBLACIÓN:*** _____

PROVINCIA_____ ***CÓDIGO POSTAL:*** _____ ***T.FIJO:*** _____ ***MOVIL:*** _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ ***FAX:*** _____

En caso que querer un correo corporativo ***@icadiz.net*** *tendrá que solicitarlo al Departamento de Informática una vez colegiado*

AUTORIZACIÓN DE CARGO EN CUENTA:

Por la presente autorizo al Ilustre Colegio de Abogados de Cádiz al cargo de los recibos correspondientes a las cuotas colegiales en la cuenta cuyos datos a continuación se detallan:

ENTIDAD: _____ **POBLACIÓN:** _____ **PROVINCIA:** _____

Cumplimentar todos los dígitos de los siguientes recuadros:

IBAN

Asimismo, acepta la reducción de ocho a cuatro semanas del plazo máximo de devolución de dichos recibos

Sus datos serán tratados por el Colegio de Abogados de Cádiz con la finalidad de tramitar su alta como colegiado y gestionar las relaciones que mantenga con el Colegio. La base jurídica del tratamiento es el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos. Podrá acceder, rectificar y suprimir los datos, así como revocar la autorización para el tratamiento de los datos, ejercitar los derechos de limitación, portabilidad, y a no ser objeto de decisiones automatizadas conforme se indica en la información adicional. Dispone de información detallada en https://icadiz.org/politica-de-privacidad/

Cádiz, a _____ de _____ de 202__.

Firmado:_____