

**FICHA PARA MODIFICACIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL
REGISTRADOS EN EL COBCM**

Cumplimente sólo aquellos datos que quiera modificar y no olvide **firmar la ficha y devolverla por correo postal** o entregarla personalmente en la Secretaría del COBCM (C/ Jordán 8, escalera interior 5ª planta, 28010 Madrid).

D./Dña., con DNI. solicito la actualización de los siguientes datos que han sufrido modificación, son erróneos o incompletos:

Datos Personales

Nombre: Apellidos:
 Dirección:
 Población: C.P.: Provincia:
 Telf.: Fax: Telf. móvil:
 E-mail: NIF:

Datos Bancarios

Titular de la cuenta:
 Banco/Caja:
 Dirección:
 Población: C.P.: Provincia:

Código cuenta cliente												
Entidad	Oficina	D.C.	Número de cuenta									

El COBCM le informa que los datos facilitados por usted a nuestra corporación, son objeto de tratamiento automatizado en los ficheros del Colegio, con la finalidad de gestión y mantenimiento de la relación colegial suscrita.

Por otra parte, le informamos que los datos facilitados podrán ser cedidos legalmente al Consejo General de Colegios Profesionales y con su consentimiento, a aquellos otros Colegios Oficiales de Biólogos a los que en un futuro pudiese usted solicitar el traslado de su expediente.

Respecto a sus datos bancarios para la gestión del cobro de cuotas colegiales establecidas reglamentariamente, serán cedidos al banco colaborador de la Corporación para su domiciliación, y en caso necesario, a las Administraciones Públicas en cumplimiento de la normativa tributaria.

El COBCM le informa que sus datos se tratan para remitirle información sobre actividades y servicios colegiales (Revista Biólogos, Boletines informativos, circulares, cursos, etc.). Asimismo, salvo que usted manifieste su oposición, marcando la opción abajo dispuesta, consiente expresamente a que sus datos sean utilizados por el colegio para remitirle información sobre productos y servicios de terceras empresas relacionadas con la profesión.

No autorizo el tratamiento por parte del COBCM.
(marque el cuadro con una "X" si deniega la autorización)

En caso de NO autorizar el tratamiento por parte del COBCM, dejará usted de recibir información sobre los acuerdos alcanzados por el colegio con empresas e instituciones en virtud de los cuales el colegiado puede beneficiarse de un trato económico diferencial en los productos y/o servicios ofertados por las mismas, incluidas las ofertas formativas no relacionadas directamente con la Biología con descuento en la matrícula.

En cumplimiento de la Ley 34/2002, el interesado autoriza la remisión de información colegial por vía electrónica a la dirección de e-mail reflejada en el formulario.

El consentimiento se entenderá prestado en tanto no comunique por escrito la revocación del mismo.

Acorde con la política de privacidad del COBCM, siempre que Vd. utilice los servicios ofrecidos por los diferentes Departamentos colegiales (Bolsa de Trabajo, Formación, etc.), en caso de estimarse necesario, se le requerirá expresamente su consentimiento para el tratamiento y las finalidades concretas a las que sus datos se destinen.

En virtud de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) y de la Ley 8/2001 de la Comunidad de Madrid, Vd. puede ejercitar su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición a los datos referentes a su persona, incluidos en nuestras bases de datos, dirigiendo solicitud firmada y por escrito al Secretario del COBCM, a través de la Secretaría colegial en la siguiente dirección: C/ Jordán, 8. Esc. Int 5º. 28010 (Madrid).

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

Fdo: D/Dª.
El Colegiado

Datos Profesionales

Cumplimentar de acuerdo a los códigos del Anexo I, utilizando una sola opción en cada apartado. En caso de duda, indicar por la opción a la que dedica más tiempo.

Campo de conocimiento	1	
-----------------------	---	--

Si es 17 ó 18 (otros), indicar cual:

Actividad profesional	2	
-----------------------	---	--

Si es 10 (otros) indicar cual:

Tipo de centro de trabajo actual	3	
----------------------------------	---	--

En caso de otros, indicar cual:

Nombre del centro de trabajo:

Cargo ocupado:

Dirección:

Población: C.P.: Provincia:

Telf.: Fax:

E-mail:

EL COLEGIO OFICIAL DE BIÓLOGOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID (en adelante, COBCM) le informa que los datos personales facilitados en la presente encuesta serán objeto de tratamiento automatizado o no en los ficheros de colegiados la Corporación con la finalidad establecer un perfil socioprofesional de cada colegiado adscrito al COBCM, permitiendo elaborar estadísticas y estudios donde se refleje la información disociada (no asociable a ningún colegiado identificado o identificable).

En virtud de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), Vd. Puede ejercitar su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición a los datos referentes a su persona, incluidos en los ficheros, dirigiendo solicitud firmada y por escrito al Secretario del COBCM, a través del área de Secretaría en la siguiente dirección: C/ Jordán 8, esc.int. 5º, 28010 Madrid.

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

Fdo: D/Dª.

El Colegiado