

- Banco Sabadell, según convenio
- Correduría de Seguros Broker's88, según convenio

Optativos:

- Empresas con las que el COPCYL establezca convenios de colaboración, previamente informando al colegiado
- Residencias de ancianos
- Administración Sanitaria por convenios de prestación de servicios
- Internet, Revistas provinciales, Autonómicas o Nacionales
- Otros colectivos
- Bolsa de Trabajo

Documentos a presentar para la colegiación:

- Título de Podólogo / a, o en su defecto fotocopia compulsada
- Fotocopia de D.N.I. o pasaporte en vigor
- Fotografía *reciente*, en color, tamaño carné
- Cumplimentar domiciliación bancaria
- Documento indicando la dirección/es de la consulta o clínica
- Alta en Seguridad Social
- Licencia de funcionamiento de la consulta donde se ejercerá la actividad profesional emitida por la Delegación Provincial de Sanidad

Inscripción según Ley 8/97 de Colegios Profesionales de Castilla y León, y Ley 2/2000 de Colegio de Podólogos de Castilla y León.

Según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de carácter Personal, le informamos que los datos facilitados pasarán a formar parte de ficheros titularidad del **Ilustre Colegio Profesional de Podólogos de Castilla y León** (en adelante el **COPCYL**). La finalidad de los mismos es la gestión de las actividades colegiales, de la relación con los colegiados, y la de estos con el Consejo General en su caso, así como informar a los Colegiados, incluso por medios electrónicos, sobre Cursos, eventos, jornadas, productos o servicios que preste el Colegio o terceros, o remitir publicaciones que el Colegio entienda puedan ser de interés y beneficiosas para los Colegiados. El colegiado expresamente autoriza al Colegio la comunicación de sus datos al Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos, para el cumplimiento de sus fines previstos en los Estatutos del Colegio. Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición podrán ejercitarse por escrito, con prueba fehaciente de la identidad del peticionario, en la dirección del COPCYL C/ Postas, 14-1ª-A 09400 Aranda de Duero (Burgos)

Dirección Colegial: C/ Postas, 14-1º-A 09400 Aranda de Duero (Burgos)

DIRECCIÓN CONSULTA

D./D^a. _____,

Comunico los datos de la consulta donde realizo mi actividad profesional:

CONSULTA 1	
Nombre/ razón social:	_____
Dirección	_____ n° _____
Localidad	C.P. _____ Provincia _____
Teléfono	Móvil _____
E-Mail	Nº de Registro en Sanidad _____

CONSULTA 2	
Nombre/ razón social:	_____
Dirección	_____ n° _____
Localidad	C.P. _____ Provincia _____
Teléfono	Móvil _____
E-Mail	Nº de Registro em Sanidad _____

En _____, a _____ de _____ de 20__.

Fdo.: _____