



COLEGIADOS QUE VIENEN DE OTRA COMUNIDAD. TRASLADOS

Solicitud de Traslado de expediente al colegio de procedencia.

Una vez recibido el expediente se contactará con el colegiado se le solicitará:

- 1.- Fotocopia compulsada del título o resguardo.
- 2.- Fotocopia compulsada del DNI.
- 3.- Dos fotos tamaño carnet en color.
- 4.- Boletín de autorización de Transferencia: Cuenta bancaria Nombre del banco, dirección y c/c.
- 5.- Impreso de inscripción para adquirir la condición de colegiado/a.
- 6.- Hoja de registro de centros.

Una vez tramitada el alta se certifica al otro colegio para que inmediatamente certifique la baja.

El documento ha de llevar la firma original. Enviándolo a la Secretaría Técnica del Colegio Oficial de Fisioterapeutas a la siguiente dirección: Pío XII, 31, 1ª entreplanta, 31008 Pamplona.



INSCRIPCIÓN PARA ADQUIRIR LA CONDICIÓN DE COLEGIADO/A.

Apellidos:.....

Nombre:.....

Dirección Completa.....
(Calle. CP. Localidad. Provincia)

D.N.I.....

Teléfonos.....

Centro de trabajo.....

Correo electrónico.....

Es mi deseo constar como asegurado en el seguro de Responsabilidad Civil Profesional suscrito por el Colegio Oficial de fisioterapeutas de Navarra.

Pamplona a.....de.....de

Fdo. Colegiado/a.

Directora Técnica.

M^a Del Mar De Ruz Ortega.

Sus datos de carácter personal forman parte de nuestro fichero LISTADO DE COLEGIADOS EXCEL y BASE DE DATOS, compartidos con otros Colegios de Fisioterapeutas de España también cedidos a LA BASE DE DATOS: del Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España, Web del COFN y Seguro de Responsabilidad Civil vigente, de conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/99, con la finalidad de hacer efectiva nuestra relación profesional. Los destinatarios de esta información únicamente serán los departamentos en los que se organiza el COLEGIO OFICIAL DE FISIOTERAPEUTAS DE NAVARRA, garantizándole en todo momento la más absoluta confidencialidad. Si lo desea podrá ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición, comunicándolo a COLEGIO OFICIAL DE FISIOTERAPEUTAS DE NAVARRA C/Pío XII, 31, 1ª entreplanta,-31008 Pamplona (Navarra).

Pío XII, 31, 1ª (Entreplanta)
31008 Iruña-Pamplona
T. 948 174 806
F. 948 173 954
E. infio@cofn.net.



Colegio Oficial de
Fisioterapeutas
de Navarra

Las Cuotas del C.O.F.N, vigentes son:

- Inscripción: 200 €
- Anual: 276 €, fraccionado en cuatro mensualidades de 69,00 € cada una, y se cargaran en vuestra cuenta, en las fechas siguientes:
 - El día 1 de enero.
 - El día 1 de abril.
 - El día 1 de julio.
 - El día 1 de octubre.

La Junta del Gobierno del C.O.F.N.

BOLETÍN DE AUTORIZACIÓN DE TRANSFERENCIA BANCARIA

Autorizo al Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Navarra al cobro de las cuotas estipuladas, así como al tratamiento y cesión de los datos necesarios para la emisión de los recibos.

Apellidos.....

Nombre..... Telf.....

Domicilio..... Núm.....

Población..... Código postal.....

Provincia..... D.N.I / N.I.F.....

IBAN en formato papel (24 dígitos de nº cuenta):

IBAN:.....

BIC (Código Internacional de Identificación Bancaria en el sistema

SWIFT):

Fdo.

Pío XII, 31, 1ª
(Entreplanta)
31008 Iruña-Pamplona
T. 948 174 806
F. 948 173 954
E. info@cofn.net

Sus datos de carácter personal forman parte de nuestro fichero LISTADO DE COLEGIADOS EXCEL, BASE DE DATOS compartidos con otros Colegios de Fisioterapeutas de España y Web del COFN, de conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/99, con la finalidad de hacer efectiva nuestra relación profesional. Los destinatarios de esta información únicamente serán los departamentos en los que se organiza el COLEGIO OFICIAL DE FISIOTERAPEUTAS DE NAVARRA garantizándole en todo momento la más absoluta confidencialidad. Si lo desea podrá ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición, comunicándolo a COLEGIO OFICIAL DE FISIOTERAPEUTAS DE NAVARRA C/Pío XII, 31, 1ª entreplanta, -31008 Pamplona(Navarra).

**REGISTRO DE CENTROS DE
TRABAJO**

NOMBRE Y APELLIDOS DEL COLEGIADO	Nº COLEGIADO

DIRECCIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO	
CALLE, Nº.:	
C.P.:	LOCALIDAD:

TELÉFONO	FAX	E-MAIL

ACTIVIDAD DE LOS COLEGIADOS	MARQUE CON X
EJERCIENTES	
NO EJERCIENTES	
DESEMPLEADOS	

SECTOR	MARQUE CON X	MODALIDAD	MARQUE CON X
SECTOR PÚBLICO		POR CUENTA AJENA	
SECTOR PRIVADO		CONSULTA PROPIA CONSULTA O CLÍNICA PROPIA	
		TRABAJO A DOMICILIO	

TIPO Y NOMBRE DEL CENTRO DE TRABAJO	
HOSPITALES:	
CLINICAS:	
RESIDENCIAS:	
GERIATRIA:	
MUTUAS:	
CLUB DEPORTIVOS:	
GIMNASIOS:	
CENTRO ESTÉTICA:	
DOCENCIA:	
OTROS, ESPECIFICAR:	

SI ES AUTÓNOMO Y TIENE CONSULTA PROPIA INDIQUE SU ESPECIALIDAD:

Fdo. Colegiado/a:

Pamplona a.....de.....de